

Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Instituto de la Salud Juan Lazarte
Maestría en Salud Pública

Tesista:

Adriana B. Olivetto

Directora de tesis:

Laura Kogan

Co- directora:

Paula Estrella

Título de la tesis:

**ANÁLISIS DE ACTORES Y POLÍTICAS PÚBLICAS
EN LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD DE LA CUENCA MATANZA
RIACHUELO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
2004-2015**

Año 2018

Agradecimientos

A los compañeros y compañeras del Departamento de Salud Ambiental, con los que compartimos el trabajo día a día; especialmente a Leonardo, Griselda, Micaela, Ernesto y Gabriela, que me ayudaron en cuestiones prácticas.

A la ex jefa, compañera y amiga Silvia Ferrer, con quien recorrimos el camino de la construcción de salud ambiental en la Ciudad y de quien sigo aprendiendo gestión, solidaridad y equidad.

A Olga Pisani, Danubis Arias y Hebe Maguire, que me alentaron cuando decidí escribir la tesis.

A Martin Stella y a Victoria Majul del grupo Atlas de la Basura de FADU-UBA, por facilitarme material para el estudio.

A las entrevistadas y entrevistados, que generosamente me dieron de su tiempo y su saber.

A Laura y a Paula, por la docencia y la paciencia.

A la Asociación El Ágora, por los libros, las recomendaciones y los trabajos compartidos.

A mi familia, porque de ellas/os aprendí el inmenso valor de la educación en todas sus formas, que no cambia el mundo, pero nos ayuda a comprenderlo y a actuar para eso.

Especialmente a Beatriz Mendoza, luchadora sensible, tenaz y solidaria y con ella a las y los trabajadores de salud y ciudadanos de los barrios que trabajan por sus derechos, porque saben que “otra salud es posible”.

CONTENIDOS

Agradecimientos	2
Abreviaturas.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I.....	8
ANTECEDENTES.....	8
Haciendo foco en las aguas	8
Desde las poblaciones afectadas	8
Desde la justicia ambiental y el derecho	9
Acerca de exposición ambiental y salud	11
¿POR QUÉ ESTUDIAR LA PROBLEMÁTICA DE LA CUENCA MATANZA RIACHUELO?	14
CAPÍTULO II	19
SITUANDO LA CUENCA	19
Una historia de contaminación en el Riachuelo-Matanza	21
El sistema de salud en la Cuenca.....	25
Población de la CMR en la Ciudad	27
Una complejidad inter-jurisdiccional.....	29
CAPITULO III	30
MARCO CONCEPTUAL: POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD EN LA CMR	30
Acerca de salud	32
Salud Ambiental	35
Ambiente: ¿determinante social o parte de la determinación?.....	35
Políticas Públicas.....	38
CAPITULO IV	43
OBJETIVOS	43
Objetivo general	43
Objetivos específicos.....	43
METODOLOGÍA	43
ANÁLISIS Y HALLAZGOS	45
Se alza la voz en torno a la CMR: las organizaciones de la sociedad civil	46
El actor protagonista: los vecinos	50
El Estado/los Estados	53
Un actor promotor: Defensoría del Pueblo de la Nación.....	53

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad	55
Los actores ejecutores: organismos de la administración pública	56
En la gestión de la Ciudad.....	57
El actor organizador: CSJN.....	59
Un actor que controla: AGN	62
El actor académico: las Universidades	63
El actor articulador: ACUMAR.....	64
El área de salud ambiental en la Ciudad	66
En agenda: las problemáticas de salud se hacen visibles	69
Hasta llegar a la sentencia definitiva (2003-2008).....	70
Los primeros informes	70
La demanda de los vecinos.....	74
El primer fallo de la CSJN.....	74
El primer PISA	75
La pericia de la UBA	76
La Ciudad atiende la Cuenca	78
La sentencia de la CSJN.....	80
A partir del Fallo Mendoza	82
El PISA 2010	82
Los relevamientos	86
Avanzan las intervenciones en la Ciudad	101
Las relocalizaciones	102
En el territorio: Unidades Sanitarias Ambientales	104
Unidades Sanitarias Móviles	107
Hacia el final de período	108
CAPÍTULO V.....	112
CONCLUSIONES.....	112
BIBLIOGRAFIA	118
ANEXO I	124
ANEXO II	127
ANEXO III.....	129

Abreviaturas

ACIJ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia
ACUMAR Autoridad Cuenca Matanza Riachuelo
APRA Agencia de Protección Ambiental de la Ciudad de Buenos Aires
CABA Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CC Cuerpo Colegiado
CELS Centro de Estudios Legales y Sociales
CeSAC Centro de Salud y Acción Comunitaria
CMB Centro Médico Barrial
CMR Cuenca Matanza Riachuelo
CSA Coordinación Salud Ambiental
CSJN Corte Suprema de Justicia de la Nación
DGSA Dirección General de Salud Ambiental
DPC Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires
DPN Defensoría del Pueblo de la Nación
DSA Departamento de Salud Ambiental
DSS Determinantes sociales de la salud
EFARS Encuesta de Factores de Riesgo
EISAR Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo
ENNyS Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
ENUDPAT Encuesta de Nutrición, Desarrollo Psicomotriz y Análisis Toxicológicos
FARN Fundación Ambiente y Recursos Naturales
GCBA Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
GReSAm Guía de Relevamiento de Salud Ambiental
HOPED Hoja Pediátrica de Pesquisa de Riesgo Ambiental
JICA Agencia de Cooperación Internacional de Japón
ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio
PISA Plan Integral de Saneamiento Ambiental
PSA Programa de Salud Ambiental
PSE Programa Sanitario de Emergencia
SIVILA Sistema de Vigilancia de Laboratorios
UPE CUMAR Unidad de Proyectos Especiales Cuenca Matanza Riachuelo
USAm Unidad Sanitaria Ambiental
VigEA Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se propone describir y analizar las políticas públicas de salud con las que se intentó dar respuesta a las problemáticas de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) y los actores que las visibilizaron e intervinieron en su abordaje, en el período 2004-2015. El interés en la temática se origina a partir del trabajo cotidiano en el área de Salud Ambiental de la Ciudad de Buenos Aires, cuya conformación se inició en la misma época en que la Cuenca entra en la agenda pública. El desenvolvimiento del área acompañó –y aún lo hace¹– todo el proceso de surgimiento y desarrollo del asunto CMR y forma parte de las políticas públicas involucradas en el tema, como un espacio priorizado de intervención a partir de la vulnerabilidad generada por la pobreza y el deterioro ambiental, en las poblaciones que viven en ese territorio.

Como cuenca metropolitana, el área del río Matanza Riachuelo ha sido depositario histórico de la contaminación originada en sus costas y de los numerosos intentos fallidos para su recuperación, remediación y saneamiento. El prolongado deterioro ambiental de su territorio ha determinado que las poblaciones que la habitan sufran daños en su salud, originados fundamentalmente en el avasallamiento de sus derechos. En la actualidad cerca de 420.000 personas en la Ciudad de Buenos Aires se encuentran asentadas en el área de la cuenca en condiciones de pobreza y se ven expuestas a distintas fuentes de contaminación ambiental, a lo que se suma una compleja trama institucional que se extiende sobre el territorio.

El contenido del estudio se organiza en cinco capítulos. En el capítulo I se presenta un panorama del amplio conocimiento generado hasta ahora en torno al tema - la salud ambiental de la población de la CMR-, enfocado en las poblaciones afectadas, en la justicia ambiental y desde la relación entre exposición ambiental y salud. Estos antecedentes permiten contextualizar el problema de investigación, centrado en analizar cuáles son las políticas públicas, los actores sociales que resultan relevantes y las prácticas implementadas frente a las problemáticas de salud en la Ciudad en el área de la CMR, durante más de 10 años recorridos.

¹ En algún sentido el trabajo ha servido además para reconstruir las principales líneas de producción de conocimiento y de prácticas del Departamento de Salud Ambiental, en el año en que celebra su 15º aniversario como área dentro del Ministerio de Salud de la Ciudad.

En el capítulo II, se realiza una descripción de la situación de la Cuenca, presentando brevemente su geografía, el devenir histórico del deterioro ambiental y las iniciativas para detenerlo y/o revertirlo. Asimismo, se presentan las principales características socio demográficas del área CMR en la Ciudad y la organización del subsector público de salud en el territorio.

En el capítulo III se desarrollan los principales ejes conceptuales que permiten indagar acerca de los actores y las políticas de salud en la Cuenca, así como los objetivos de este estudio y la estrategia metodológica para desarrollarlo, consistente fundamentalmente en el análisis de documentos. Este análisis parte de una mirada sobre las características del posicionamiento del Estado frente al modelo productivo actual y el impacto sobre las poblaciones más vulnerables. Los lineamientos de la salud colectiva aportan el enfoque sobre los procesos de salud-enfermedad-atención históricos y sociales, y la determinación en salud. Por otra parte, se desarrollan los vínculos entre el ambiente como un determinante social y la salud y se retoman conceptos del análisis de políticas públicas de autores como Oszlak y O'Donnell, para revisar los avances en la Causa Mendoza. Se tuvieron en cuenta además conceptualizaciones como las de justicia ambiental y equidad en salud.

Los objetivos del estudio y la metodología de trabajo se presentan en el capítulo IV, junto con el análisis de la información contenida en los documentos. Los mismos están organizados en la etapa previa al Fallo Mendoza de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2008 y la posterior hasta el año 2015. El mismo se enriquece con las miradas de los entrevistados y entrevistadas, informantes clave, acerca de la evolución de la cuestión pública “salud” en el área Matanza Riachuelo, evidenciando los principales hallazgos del estudio, identificando los alcances, las ausencias, las fallas o las interrupciones más relevantes en el proceso.

En el capítulo V se abordan las conclusiones del estudio a partir de los hallazgos y las posibles líneas de investigación en salud pública a futuro, que pueden desprenderse de lo estudiado hasta aquí.

Por último se incorporan de referencias bibliográficas y el ANEXO contiene el listado de documentos revisados y las pautas tenidas en cuenta para las entrevistas abiertas, así como algunas fotografías tomadas por la autora del estudio en una recorrida por la ribera del Riachuelo en enero de 2018.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Haciendo foco en las aguas

Las diferentes problemáticas de la CMR han sido abordadas por numerosos trabajos a lo largo del tiempo, en especial en las últimas décadas. Por un lado, ubicamos estudios que abordan los problemas desde una perspectiva sociológica y antropológica. Por otra parte hay una serie de trabajos enfocados en la justicia, el derecho y lo legal. Y por último podemos registrar aquellos que se enfocan en la contaminación, vinculados con los que analizan las condiciones del ambiente y su relación directa con la salud.

Desde las poblaciones afectadas

La problemática de salud de los vecinos de Villa Inflamable ha sido la que dio el puntapié inicial para la demanda ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación por el saneamiento de la CMR.

Auyero y Swistun (2008) en una prolongada investigación etnográfica – Inflamable. Estudio del sufrimiento ambiental– presentan la vida cotidiana de los habitantes de Villa Inflamable, localizada en el territorio del Polo Petroquímico Dock Sud, en el partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, en la margen sur de la desembocadura del Riachuelo en el Río de la Plata. Este estudio es identificado como un antecedente para el análisis de políticas públicas y actores en las problemáticas de salud de la CMR, ya que sigue siendo una de las principales fuentes que **reflejan la vida de la población en la región**, así como su **percepción sobre la contaminación, las formas que adquieren las demandas y las respuestas del Estado**. En palabras de los autores, el estudio “describe los peligrosos efectos de la contaminación ambiental en Inflamable y explica los significados (muchas veces contradictorios) que sus habitantes les otorgan”, así como documenta el “lento desastre humano y ambiental concentrando nuestra atención en la manera en que es vivido por los residentes” (p. 21).

Los autores hacen un aporte central respecto de cómo considerar a la salud socio ambiental: “el conocimiento sobre el medio ambiente, lejos de estar moldeado por el mundo físico, está socialmente construido” (Auyero y Swistun, op. cit. p. 27) y es disputado políticamente por diferentes actores. Este aporte se basa en estudios de

distintos autores que han analizado tanto las secuelas de desastres en la población como la producción del conocimiento en las organizaciones. Tales estudios guiaron la exploración de los orígenes y las formas de la experiencia tóxica en Inflamable.

El trabajo resalta la **situación de espera** de los habitantes, que ven en el Estado, en los abogados que ofrecen sus servicios y en las empresas, entre otros, la posibilidad de alternativas de solución al deterioro ambiental y a sus padecimientos, tanto para permanecer en su lugar como para poder trasladarse.

Por otra parte, se describe la **carencia de autoridad en la zona**, dado que desde que existe el polo petroquímico “pocas acciones estatales han sido dedicadas a regular y controlar las actividades que allí se realizan” (Auyero y Swistun, op. cit. p. 141). Como ejemplo, se señala que la municipalidad local ha permitido a las empresas que se monitoreen a sí mismas y en numerosas ocasiones los vecinos han utilizado material descartado por las compañías como relleno para sus terrenos bajos. Sin embargo, hacia 1999, nuevas autoridades en el área de medio ambiente de la municipalidad promovieron la realización de un estudio epidemiológico y de monitoreo de aire y pusieron en funcionamiento un comité de control ambiental. El debate entre la municipalidad y el gobierno de la Provincia de Buenos Aires que generó dicho estudio “ilustra claramente la manera en que el problema de la contaminación industrial y sus consecuencias es (mal)tratado por el Estado” (Auyero y Swistun, op. cit. p. 145), ya que se considera que la resolución es siempre responsabilidad de otros.

El trabajo relata también una nueva intervención estatal, producto de la segunda parte del estudio epidemiológico, a partir de la cual el Estado Nacional a través de su presidente Néstor Kirchner y el Estado provincial con el entonces Gobernador Felipe Solá, en septiembre de 2003 firmaron un acuerdo para relocalizar el polo petroquímico. Auyero y Swistun constatan a la luz de los hechos que esa intervención no se tradujo en acciones concretas.

Desde la justicia ambiental y el derecho

Una de las autoras que más ha trabajado en la temática es la investigadora M. G. Merlinsky. En un estudio publicado en 2013 contempla las distintas facetas de la problemática de la CMR, identificando la degradación del Riachuelo y sus consecuencias para la vida como un **conflicto social**. Señala la relevancia de la cuestión ambiental en las ciudades, más allá del impacto diferencial que produce el deterioro en distintas

comunidades, ya que bajo una **perspectiva de derechos**, “estos asuntos comienzan a ser tratados en términos del conjunto de condiciones de vida de las comunidades, lo que abarca el agua y el aire, pero también el trabajo, la vivienda y la salud” (Merlinsky, 2013, p. 31).

En un recorrido por el devenir histórico de la problemática socio ambiental de la CMR hasta 2013, la autora plantea las vías en que se dieron las condiciones para que la cuestión ambiental sea colocada en la agenda política institucional, a partir de las declaraciones e informes elaborados por diferentes grupos de vecinos y organizaciones. Destaca la instalación de un “**orden ambiental**” que se desarrolla por la declaración de la competencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación respecto del asunto, estableciendo “un piso y un marco de derechos para discutir la cuestión ambiental” (Merlinsky, op.cit., p. 216).

Asimismo señala que la intervención de la Corte no alcanzó a remover los obstáculos que se presentan en la coordinación interjurisdiccional entre la Nación, la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires y tampoco se han podido instalar espacios de negociación entre los damnificados demandantes y las instancias de gestión estatal, para acordar las mejores maneras de resolver las condiciones de deterioro ambiental y exposición de las poblaciones.

Por otra parte, destaca la oportunidad de construcción de problemas que se presentan en torno al Riachuelo, en tanto situaciones que se hacen visibles a partir de las demandas de los involucrados y el proceso judicial. El crecimiento de la metrópolis y los altos costos sociales y ambientales que conlleva, así como las responsabilidades políticas en la cuestión forman parte de la configuración de los problemas de la CMR.

La visibilización del conjunto de actores que tienen responsabilidad diferenciada en la degradación y en la mejora de las condiciones de saneamiento de la Cuenca se constituye en un punto importante para explicar los problemas del área. Asimismo, el repertorio de asuntos que es necesario contemplar y las opciones de implementación de soluciones involucran grados distintos de complejidad y de obstáculos institucionales y políticos para la concreción del saneamiento de la Cuenca. Como ejemplos se pueden citar la falta de asignación de presupuesto y su uso efectivo, las discontinuidades en las políticas y las incapacidades institucionales.

Pérez de los Cobos (2014) hace un recorrido de la situación de la CMR desde el punto de vista del derecho, calificándola como “paradigma de deuda ambiental

histórica”. Analizando los resultados a los que se abordó a partir de las medidas ejecutadas por las autoridades pertinentes hasta 2014, señala que los mismos deben atribuirse a las deficiencias en la normativa tanto de estándares de calidad del agua como de niveles de vuelco permitido a las industrias, así como también a las dificultades en las metodologías de medición de parámetros, que impiden tener una real dimensión de los problemas y la búsqueda de alternativas de solución.

Acerca de exposición ambiental y salud

Entre los antecedentes referidos a contaminación y degradación ambiental, se encuentran los centrados en la calidad de las aguas y en los diferentes contaminantes presentes en sedimentos y orillas de la Cuenca². Otros estudios dan cuenta del anegamiento que se produce con frecuencia en las tierras aledañas al Riachuelo y diferentes eventos de inundaciones³.

A la fecha se registran algunos trabajos focalizados específicamente en el **proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado**⁴ referidos a la población de la CMR.

En los años 2002 y 2003 un estudio fue llevado adelante por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) en el Municipio de Avellaneda, que consistió en la elaboración de un **perfil epidemiológico de niños** de entre 7 y 11 años de Villa Inflamable y un grupo testigo de Villa Corina, situada a 12 km del Polo Petroquímico de Dock Sud.

El estudio halló la existencia de plomo en sangre en el 50% de los 144 niños estudiados en Villa Inflamable, mientras que en Villa Corina el porcentaje fue del 10%. En ambos barrios se detectó además cromo en orina en un 10% de la población objeto de

² Centro de Tecnología del Uso del Agua y del Ambiente, Dirección de Servicios Hidrológicos (1999) Evaluación de la calidad de suelos en la cuenca hídrica Matanza Riachuelo: informe final. Ezeiza; CTUAA. Cenzano, M. e Instituto Nacional del Agua y del Ambiente (1999) Centro de Tecnología del Uso del Agua y del Ambiente. Evaluación de la toxicidad de sedimentos. Ezeiza, CTUAA. Bianchi, H., Bucich, N., Coriale, O., Fernández, A. (1992) Cuenca del río Matanza; contaminación hídrica. Ezeiza; Instituto Nacional de Ciencia y Técnica Hídricas CIHE. Greenpeace (2013) Las aguas siguen bajando turbias. Bs. As., Greenpeace Argentina.

³ Onestini, M (1990) Contaminación hídrica e inundaciones en la zona sudoeste de la ciudad de Buenos Aires. Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires. Comisión de Ecología y Medio Ambiente. Buenos Aires. González Arzac, O. (1985) Cuenca inundable del río Matanza; datos básicos. La Plata; Ministerio de Economía.

⁴ Un gran aporte teórico del movimiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana ha sido la discusión acerca de los conceptos de salud y enfermedad. Como fruto de esta discusión, ambos conceptos pasan, de ser un opuesto a articularse en un proceso, que se enriquece luego con la incorporación de la atención, incluyendo el análisis de los modos en que se presenta en distintos contextos. Posteriormente el término atención aparece reemplazado o junto con el de cuidado, en una polisemia que propone hablar más de usos del término, que de significado (Michelewicz y otros, 2016).

estudio, junto con benceno y tolueno por encima de los valores de referencia (Observatorio de políticas públicas, 2012).

Entre los estudios que toman en cuenta las problemáticas de salud y las maneras de abordaje se destaca el realizado por De Pietri (2011) y un grupo de investigación, que proponen un modelo espacial para diseñar estrategias destinadas a la **población bajo riesgo ambiental** en la cuenca. El trabajo estuvo dirigido a realizar una evaluación integrada con sistemas de información geográfica.

El modelo espacial generado contempló condiciones de habitabilidad y amenaza ambiental, vinculando indicadores de exposición ambiental a través del espacio. Se buscó estimar el grado de aptitud del territorio para la residencia, considerando las condiciones de habitabilidad de las viviendas y las amenazas ambientales a las que pudiera estar expuesta la población -industrias, basurales, estaciones de servicio, entre otras-. También se indagó acerca de la accesibilidad geográfica a efectores de salud, lo que permitió evidenciar que la misma no representaba un problema, aunque en algunos barrios los vecinos referían no asistir a los centros de salud “porque priorizan otros aspectos de la vida cotidiana”. Se rescata así un concepto de accesibilidad más allá de los aspectos físicos o geográficos, vinculado a las necesidades de la población atendida.

Según el estudio, los sistemas de información en salud pública a nivel local presentaron un bajo desempeño e insuficiente análisis. Se halló que la Cuenca presenta gran parte de su superficie (el 60%) en condiciones de habitabilidad y que en esa superficie reside el 40% de su población, a la vez que el resto de la población habita en territorio no apto. Las condiciones más desfavorables desde el punto de vista de la habitabilidad afectan al 6% de la población de la zona.

Miller (2014), desde la Universidad Nacional de Córdoba, desarrolla en la misma línea un estudio donde la información obtenida en relevamientos de salud ambiental se vuelca a un Sistema de Información Geográfico. Usando herramientas geo-estadísticas y computacionales el autor define **áreas de riesgo para la salud** y elabora un mapa síntesis con tres niveles de riesgo, donde se observa que la cuenca media (Ver Mapa 2) presentó la situación más desfavorable.

En el año 2011, el pediatra e investigador H. Lejarraga junto a un equipo, administró desde la Dirección General de Salud Ambiental de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (**ACUMAR**), la **Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)** y el Cuestionario PRUNAPE Pre-Pesquisa (CPPP) en las distintas jurisdicciones de la CMR.

En un artículo publicado en la Revista Argentina de Salud Pública (2014) presenta el estudio que tuvo por objetivos detectar problemas de nutrición y desarrollo psicomotor en niños y niñas menores de 6 años, realizar un análisis toxicológico y una investigación cualitativa sobre crianza y percepción de problemas ambientales, y efectuar la georreferenciación de los lugares de residencia de las familias.

La investigación se basa en una concepción del **desarrollo psicomotor** del niño/a que “tiene que ver con la expresión de sus potencialidades, su integración social y su desempeño en la vida” (Lejarraga y otros, 2014). Los autores reconocen que la oportuna detección de problemas mediante tamizaje permite realizar intervenciones eficaces y costo-efectivas. El estudio halló una alta proporción de riesgo de problemas de desarrollo, siendo mayor en varones, con una curva de aumento del riesgo desde el nacimiento hasta los cuatro años. El nivel de pobreza o indigencia de la familia, el nivel educativo de los padres y el bajo peso al nacer aparecen como los determinantes más relevantes para el desarrollo psicomotor infantil. Asimismo, los autores concluyen que la instalación de esta problemática en la agenda de ACUMAR “implica un progreso en el enfoque de la salud pública y permite actuar sobre los determinantes para promover el desarrollo infantil” (p.17).

Por último, se puede citar el Informe “Villa Inflamable. Donde comenzó el caso ‘Mendoza’ los derechos siguen esperando”, realizado por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) y la Junta Vecinal de Villa Inflamable en octubre de 2012. El Informe se centra en detallar tres puntos clave en relación a la localidad en el ámbito de la CMR: las irregularidades en el proceso de relocalización y la falta de participación de los habitantes, la prohibición del ingreso de materiales para mejorar las viviendas –lo que implica una restricción de derechos- y la situación de salud-enfermedad de los pobladores.

Respecto de este último tema, el Informe se focaliza en dos cuestiones fundamentales a partir de la **continuidad de la contaminación** del entorno: las familias no cuentan con un “diagnóstico certero sobre su estado de salud” ni se han desarrollado “políticas activas e integrales de mitigación y tratamiento sanitario integral” (p. 18). Asimismo se habla de una “contaminación informativa”, dado que los pobladores reciben datos vagos e inconexos, que contribuyen a la incertidumbre y la desinformación respecto de las intervenciones del Estado sobre el territorio y sus condiciones de vida.

¿POR QUÉ ESTUDIAR LA PROBLEMÁTICA DE LA CUENCA MATANZA RIACHUELO?

Desde hace relativamente pocos años, diversas políticas públicas de salud intentaron dar respuesta a las problemáticas de la Cuenca Matanza Riachuelo, a partir de las expresiones e intervenciones de actores que hicieron posible la visibilización de dichas problemáticas. Como cuenca metropolitana, el área del río Matanza Riachuelo ha sido depositario histórico de la contaminación originada en sus costas y de los numerosos intentos fallidos para su recuperación, remediación y saneamiento.

El prolongado deterioro ambiental del área ha determinado que las poblaciones que viven en territorios circundantes sufran daños en su salud, originados fundamentalmente en la contaminación, en las condiciones de pobreza y en la conculcación de sus derechos. En la actualidad cerca de 420.000 personas en la Ciudad de Buenos Aires se encuentran asentadas en el área de la cuenca y se ven expuestas diariamente a distintas fuentes de contaminación ambiental.

Numerosas han sido las alertas sobre el deterioro del curso de agua, en especial en el área baja de la cuenca (S.O.S. Riachuelo, Asociación Vecinos de La Boca, 2002; Informes de la Defensoría del Pueblo de la Nación de 2003 y 2005), y en varias ocasiones las jurisdicciones involucradas han planificado e implementado medidas para revertir la situación, con resultados generales que en la actualidad suscitan fuertes críticas en relación a la magnitud de la problemática. En el año 2004 fue un grupo de los propios pobladores del área, junto a trabajadores del sector de la salud, quienes lograron poner en agenda la situación, al presentar una demanda ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, ubicando a la salud en un lugar prioritario dentro de la problemática. Estos mismos pobladores, junto con organizaciones sociales locales, vuelven a pronunciarse en la actualidad denunciando la situación en la que se encuentra el ecosistema de la Cuenca, el estado de las obras públicas y la atención de su propia salud⁵.

⁵ Documento final Jornada Desde el río. Buenos Aires, 06/06/2017. Cabe agregar que en la misma línea de este documento se presentó, casi al mismo tiempo, el informe “ACUMAR: Retroceder en el cuidado de la salud y el ambiente” de la Fundación Soberanía Sanitaria (<http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/2017/06/26/acumar-retroceder-en-el-cuidado-de-la-salud-y-el-ambiente/>). En el año 2015 el “Informe especial del Cuerpo Colegiado, coordinado por la Defensoría del Pueblo de la Nación, a siete años del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que persigue mejorar la calidad de vida de la población, recomponer el ambiente y prevenir nuevos daños en la cuenca Matanza Riachuelo” (www.dpn.gob.ar/documentos/rio_541001.pdf), presentaba la situación de manera similar.

La presentación de la demanda, así como la respuesta favorable de la Corte, donde determina que puede “entender” -en términos jurídicos- en la causa y desde allí emitir un **fallo que obliga a las jurisdicciones involucradas a intervenir**, marca un hito fundamental en la historia del Estado en relación con la problemática. Es así que el llamado “Fallo Mendoza” de julio de 2008, presenta como uno de sus principales objetivos la mejora de la calidad de vida de los habitantes y compromete a través de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo a la Nación, la Provincia de Buenos Aires con 14 de sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a cumplir un programa de acciones. Dicho compromiso se plasma en el Plan Integral de Saneamiento Ambiental, que cuenta con 14 componentes, uno de los cuales compete al sector salud y constituye el **Programa Sanitario de Emergencia (PSE)**.

A partir del Fallo Mendoza, los “estados condenados” –en palabras de la Corte Suprema- deben hacerse cargo del diagnóstico y seguimiento de los procesos de salud-enfermedad relacionados con la contaminación del aire, del suelo y del agua, e identificar a aquellas personas particularmente expuestas a riesgos de origen ambiental. Las intervenciones deben dirigirse a disminuir la exposición y a fortalecer a los equipos de los efectores de salud para ofrecer tratamiento eficaz y oportuno a los casos detectados, así como desarrollar programas de prevención de daños a la salud relacionados con la contaminación y de promoción de la calidad de vida⁶.

En ese sentido, el Programa Sanitario de Emergencia ha sido consensuado entre las jurisdicciones y cuenta para su ejecución con financiamiento de la ACUMAR y recursos propios de cada gestión local. En primera instancia su propósito fue delimitar la población que estaba en mayores condiciones de vulnerabilidad y qué problemas de salud-enfermedad estaban asociados a la contaminación propia de la CMR. A lo largo de más de 10 años, las jurisdicciones involucradas han implementado distintas acciones en el marco del PSE, con criterios y resultados disímiles, en general con información insuficiente que muestre mejoras en las situaciones de salud-enfermedad de la población.

Los informes del Cuerpo Colegiado –colectivo integrado por representantes de organizaciones no gubernamentales, coordinado por el Defensor del Pueblo de la Nación y encargado de encauzar la participación de la ciudadanía en el control del cumplimiento de la sentencia-, evidencian en sus análisis un avance lento en algunas tareas y una carencia de acciones en otras, señalando en particular la falta de información producida

⁶ CSJN Fallo Mendoza, Beatriz Silvia y otros c/ Estado Nacional y otros s/ daños y perjuicios (daños derivados de la contaminación ambiental del Río Matanza Riachuelo). 8 de julio de 2008

o incluso la opacidad de las acciones. Existe una distancia entre los análisis de situación de salud aún desde antes de la aparición en escena del Fallo Mendoza, elaborados por distintos actores, y las acciones implementadas por los Estados en conjunto, en cumplimiento de las mandas judiciales para atender la problemática.

En este sentido, el último Informe del Cuerpo Colegiado en el período en estudio (2015), afirma:

El análisis de la situación sanitaria de la cuenca, sin perjuicio de contribuir a atender los problemas detectados (función de los efectores de salud existentes), debe permitir adecuar las políticas de regulación y control de las amenazas ambientales que competen a ACUMAR: basurales, vuelcos industriales, efluentes cloacales, pasivos ambientales, etcétera. El alcance limitado otorgado a los resultados obtenidos en las Evaluaciones Integrales de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) ejemplifica la necesidad de introducir ajustes en esta materia.

La CMR es una de las regiones ambiental y socialmente más degradadas de Argentina y una de las 10 más contaminadas del planeta junto con Chernobyl⁷. Habitan en ella unos 5 millones de personas, el 95% de las cuales vive en ambiente insalubre y un alto porcentaje es pobre o indigente. En el área se encuentra asentado el Polo Petroquímico Dock Sud, uno de los mayores del país, con gran cantidad de industrias contaminantes. La CMR depende de 17 jurisdicciones diferentes y los habitantes del área sufren problemas como la exposición a sustancias tóxicas -plomo, cromo, benceno y tolueno-; la proliferación de bacterias en lixiviado⁸ de basura y excretas humanas; tierras contaminadas e inundables, con urbanización precaria, y viviendas inapropiadas; insuficiencia o carencia de agua segura, red cloacal, pavimento y de adecuada disposición de residuos hogareños; entre otros.

Las causas de esta situación son múltiples: políticas insuficientes de control de las industrias que arrojan sus desechos al curso de agua; escasez de políticas de gestión de residuos domiciliarios; de falta de coordinación de políticas jurisdiccionales para la resolución de los problemas; falta de sustentabilidad de políticas y programas para el saneamiento del área, entre otras. Las poblaciones afectadas tienen menoscabados sus derechos de ciudadanía y presentan distintos tipos de vulnerabilidad con respecto a la presencia, ausencia, escasez y efectos de las políticas públicas.

⁷ Según las organizaciones ambientalistas Blacksmith Institute y Cruz Verde Suiza. Diario Página 12. 07/11/2013 (<https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-233041-2013-11-07.html>)

⁸ Líquido que se ha filtrado procedente de los residuos dispuestos. Debido a su carga bacteriológica y química los lixiviados deben ser tratados antes de verterlos en medios naturales ya que pueden contaminar las aguas superficiales, subterráneas o el suelo. (<http://www.ceamse.gov.ar/glosario/liquidados-lixiviados/>)

Los problemas relacionados con la contaminación ambiental de la CMR tomaron relieve luego de un extenso período de invisibilización, lo que no implicó directamente una mejora de la situación en términos de abordajes y acciones gubernamentales.

El ambiente en su relación con la salud, como un determinante social⁹ se constituye en el núcleo de trabajo de la salud ambiental. En la Ciudad de Buenos Aires el Ministerio de Salud cuenta con un **área de salud ambiental**, que entiende en el tema e interviene de maneras diversas en la problemática de la CMR a través de los efectores de salud, proponiendo su objeto como una política pública. Esta área está involucrada en la formulación del Programa Sanitario de Emergencia, que contempla directrices para diagnóstico, vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de la atención de salud, formación de los equipos de salud locales y mecanismos de concientización de la población sobre el cuidado del ambiente. En la Ciudad de Buenos Aires, aún cuando diversas leyes contemplan el territorio de la CMR como un área en estado de emergencia desde el punto de vista sanitario, la ejecución de las mandas judiciales determinaba avances y retrocesos que, después de más de una década, mantenía aún una situación de deterioro de la Cuenca y sus consecuentes impactos en la salud.

Las intervenciones sucesivas y superpuestas que se reúnen en el PSE suponen la aparición de distintos actores sociales, desde el año 2004 hasta el 2015. Particularmente en el escenario de la CMR dentro de la Ciudad de Buenos Aires, son diversos los actores implicados en la problemática y por ello es necesario indagar en sus intervenciones, así como en las ausencias, las fallas o las interrupciones en la implementación de la ejecución del fallo de la Corte Suprema, destinado a acortar la brecha entre las situaciones de salud-enfermedad-atención diagnosticadas y las mejoras esperadas.

Oszlak y O'Donnell (1995) entienden que analizar “las prácticas de diferentes actores aglutinadas en torno a cuestiones que definen la naturaleza, intensidad y límites de un área de acción (y, habitualmente, de conflicto) social” (p. 115) ofrece la posibilidad de estudiar procesos sociales.

En este sentido es importante analizar cuáles son las políticas públicas, los actores sociales que resultan relevantes y las prácticas implementadas frente a las problemáticas de salud en la Ciudad en el área de la CMR, durante más de 10 años de trabajo. La diversidad de actores, intereses y políticas en torno a la CMR constituyen el foco de esta investigación.

⁹ Para la OMS (1998) se denomina Determinantes sociales de la salud al “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.

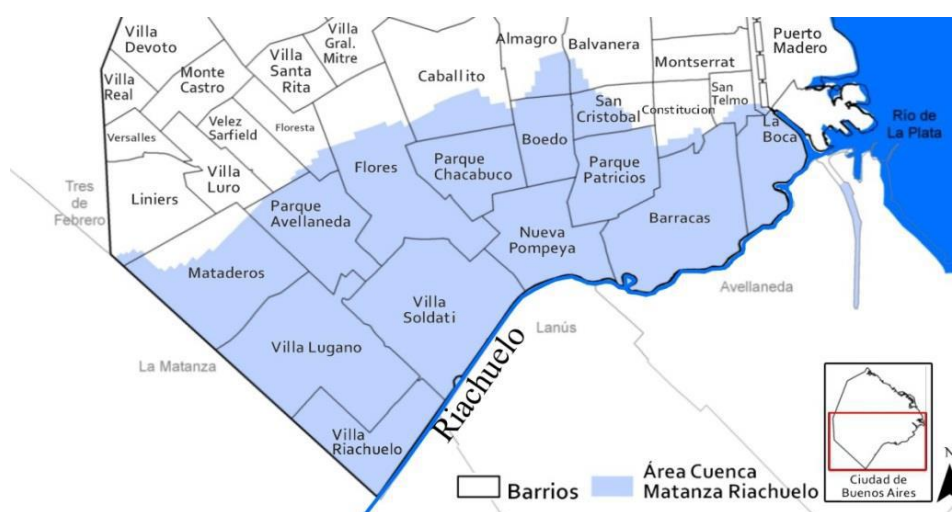
Para poder comprender la complejidad de las problemáticas, es necesario comenzar revisando su conformación geográfica e histórica, lo que permite a su vez entender sus múltiples dependencias jurisdiccionales. En particular, es útil identificar las características de toda de la Cuenca, pero focalizando en las especificidades del área en la Ciudad de Buenos Aires.

CAPÍTULO II

SITUANDO LA CUENCA

La Cuenca Matanza Riachuelo comprende un amplio territorio en la Región Metropolitana de Buenos Aires, que incluye un cauce principal y numerosos afluentes, cubriendo una superficie de 2200 kilómetros cuadrados, en la región más poblada e industrializada de Argentina. En la Ciudad de Buenos Aires el área cubre una superficie de 73 Km² –es decir, el 36% del territorio total de la Ciudad-, siendo el 3% de la superficie total de la CMR. (ACUMAR, 2014, p. 4). Abarca un área que, con fines estadísticos y epidemiológicos, se restringe a las comunas 4, 7, 8 y 9, incluyendo así los barrios del sur de la Ciudad: Barracas, La Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios, Flores, Parque Chacabuco, Villa Lugano, Villa Soldati, Villa Riachuelo, Liniers, Mataderos y Parque Avellaneda.

MAPA 1 Barrios de la CMR en CABA



Fuente: ACUMAR. Informe sociodemográfico y de salud de la CABA. Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de CABA, Dirección General de Salud Ambiental, 2014

La CMR es un sistema hídrico de llanura, que se extiende de sudoeste a noreste entre la divisoria de aguas de la Cuenca del Río Reconquista al norte y las del Samborombón-Salado al sur. Desemboca en el Río de la Plata, en el sector denominado La Boca del Riachuelo. Tiene una longitud de 75 km, un ancho medio de 35 km y está

formado por 233 afluentes. Geográficamente se trata de un territorio con clima subhúmedo a húmedo y con precipitaciones abundantes. Presenta una pendiente pobre, con terrenos bajos e inundables y escaso caudal hídrico, siendo afectada por las precipitaciones y por el avance de las aguas del Río de la Plata.

En el Informe de Greenpeace (2010), “Riachuelo 200 años de contaminación” se describe que “desde el punto de vista hidrológico, el Riachuelo se comporta como todos los ríos de la llanura pampeana, lo que explica su dificultad natural para absorber y depurar la carga contaminante: es lento, de caudal sumamente irregular (oscila entre 3 y 100 metros cúbicos por segundo), tiene una escasísima pendiente hacia la desembocadura y está influenciado por las mareas del Río de la Plata” (p. 6-7).

La urbanización a partir de la colonización española del territorio, cubrió su valle característico de pantanos y bañados. Las terrazas bajas y altas que la describían en sus aspectos morfológicos, en la actualidad no llegan a distinguirse debido al crecimiento urbano (Weissel y García, 2013). Las características que posee esta cuenca la han convertido en una de las áreas más ventajosas desde el punto de vista económico y social. Es por eso que ha sido una fuente de atracción para el desarrollo industrial y económico, haciendo que se radiquen numerosas empresas y grandes centros urbanos sobre ambos márgenes del río (Silvestri, 2003 en Weissel y García, 2013).

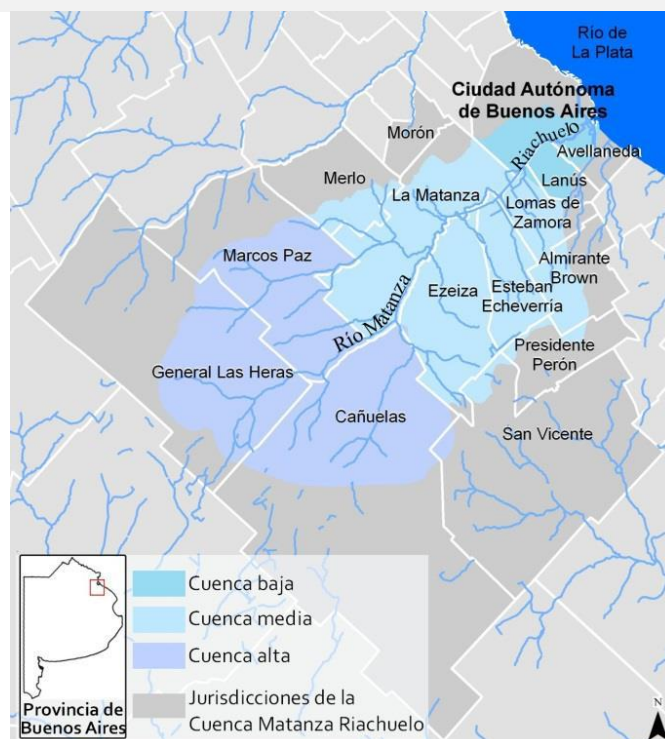
Desde el punto de vista hidrográfico, por su comportamiento, el río se divide en tres zonas diferenciadas:

- La cuenca alta o superior, se trata de la primera sección que recibe aguas de arroyos y canales provenientes de municipios de la provincia de Buenos Aires con baja densidad de población y tierras dedicadas a actividades agroindustriales.

- La cuenca media, o segunda sección, cuenta con canalizaciones destinadas a recoger agua de canales naturales y zanjales vecinas y ha recibido diversas descargas de efluentes industriales.

- La cuenca baja o inferior corresponde en su margen norte al límite sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en su margen sur, a la provincia de Buenos Aires. Esta zona de la Cuenca es la más altamente contaminada debido a las descargas industriales de los establecimientos radicados en su vera y a los efluentes cloacales y residuos provenientes de asentamientos humanos radicados en las orillas.

MAPA 2 Regiones de la CMR



Fuente: ACUMAR. Informe sociodemográfico y de salud de la CABA. Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de CABA, 2014

Una historia de contaminación en el Riachuelo-Matanza

La historia de la región de la CMR señala que inicialmente el área estaba habitada por comunidades originarias de querandíes o pampas, que vivían de la caza, la recolección y la pesca, organizados en aldeas temporarias. Según Perelman y Fernández Rey (2014) luego de la llegada de los españoles, a partir de 1536, fueron extinguiéndose por los enfrentamientos con los conquistadores, o bien emigrando hacia las pampas.

La llegada de los españoles a la región marcó una primera fundación de la Ciudad de Buenos Aires a poca distancia de la Boca del Riachuelo, que terminó en el abandono del poblado y en la fundación definitiva en el año 1580. A partir de este momento se instalan en la zona las industrias relacionadas con la producción ganadera.

Desde esa época se cuentan las advertencias acerca de los niveles de contaminación de las aguas del Matanza Riachuelo, por la disposición de efluentes provenientes de actividades productivas como saladeros y curtiembres. Se sumaba al deterioro el asentamiento informal de poblaciones marginales y el uso de la madera para

la construcción y mantenimiento de la ciudad, que implicó la deforestación de los márgenes del río.

Se hacía necesario entonces conciliar las actividades productivas con el saneamiento del curso de agua. Como ejemplos de intervenciones oficiales se pueden citar hacia 1811 el compromiso de J. J. Paso, integrante de la Primera Junta de Gobierno, para limpiar el río. La Asamblea del año XIII ordenó la erradicación de los saladeros y curtiembres¹⁰.

El dossier de la revista La Gran Ciudad, de la Fundación Metropolitana, de 2001, sintetiza un recorrido de la contaminación y señala que en 1822 se produce una advertencia oficial acerca del estado de las aguas, prohibiendo la instalación de industrias que desechaban grandes volúmenes de materia orgánica. También se afirma que, hacia mediados del siglo XIX, Buenos Aires es considerada por G. Hudson como la ciudad más pestilente del mundo. Asimismo, durante el período de organización nacional, gobernadores como Rivadavia y Rosas, así como el presidente Sarmiento dictaron normas que pretendían erradicar las industrias que faenaban animales o prohibir el arrojo de sus desechos a las aguas.

Siguiendo el devenir histórico en el área de la CMR se registra la llegada de la inmigración en diferentes olas, fundamentalmente europeas, que colaboraron con la construcción y la identidad de la Ciudad de Buenos Aires. Hacia la década de 1870 se produce la epidemia de la fiebre amarilla, cuyo origen fuera atribuido, entre otras causas, a la presencia de “establecimientos que infectaban el ambiente, tales como los cementerios, hospitales y mataderos” (Galeano, 2009, p. 110).

A la contaminación de origen industrial se agregaba la proveniente de los residuos que se arrojaban y eran quemados. En la CABA, las tierras aledañas al Riachuelo fueron espacios de depósitos a cielo abierto de basura y quema. Hacia la época de la epidemia de fiebre amarilla se instala el vaciadero municipal a la altura de los actuales barrios de Pompeya y Barracas (Fundación Metropolitana, 2004).

A principios del siglo XX se crearon plantas de incineración municipal en Nueva Pompeya y Bajo Flores. Las cenizas eran destinadas a rellenar áreas inundables del sur de la Ciudad. Dado que se realizaba la separación y aprovechamiento de materiales, alrededor de la Quema se desarrolló un barrio marginal, el “Barrio de las Ranas”, donde

¹⁰ <http://www.acumar.gob.ar/wp-content/uploads/2016/12/L%C3%ADnea-de-tiempo.pdf>

según algunas fuentes vivían más de 3.000 personas hacia finales del siglo XIX (Schamber, 2010 en Dossier Fundación Metropolitana, 2004).

En la margen sur de la cuenca baja, mientras tanto, comienza a constituirse el polo petroquímico y puerto Dock Sud, donde se instalan industrias que representan importantes fuentes de contaminación de la región. Como resultado de ese proceso, hacia 2008, funcionaban refinerías, plantas de almacenamiento de combustibles y otros químicos, una fábrica de productos químicos, una central termoeléctrica, una terminal de containers, una planta de tratamiento de residuos peligrosos (Auyero y Swistun, 2008).

Para 1910, la Ciudad y sus alrededores contaban con más de un millón de habitantes y el Censo Nacional de Población de 1970 registra ya aproximadamente tres millones de personas. Esta fue una etapa de crecimiento y cambio en las condiciones de vida y el Riachuelo acompañó ese crecimiento.

Dentro de este período se desarrolla la fase de industrialización denominada “de sustitución de importaciones”. Esta nueva etapa productiva representa un cambio en el modelo de país, dado que, según Brailovsky, “importantes sectores trabajadores se incorporan a la vida en las ciudades, a la economía monetaria y a los procesos electorales” (citado por Greenpeace, 2010, p. 6). Es en las cuencas media y baja donde se asentaron numerosas industrias que promovieron el desarrollo de la región. También se produce la construcción de los grandes puentes que unen las orillas de la Provincia y la Ciudad de Buenos Aires.

Brailovsky (citado por Greenpeace, op. cit.) destaca que el desarrollo industrial de este período se hace sin ninguna forma de control ambiental, así que las tierras aledañas al curso de agua se convirtieron en poco valiosas, al alcance de grupos de migrantes internos y de países limítrofes, que no encontraban lugares viables para su residencia en otras zonas urbanas.

Si bien se observa que el deterioro de las aguas se evidencia por los malos olores, no aparece una preocupación definida respecto de la degradación del ambiente como producto antropogénico y como riesgo para la vida humana, sino hasta fines del siglo XX, en un periodo de desindustrialización y globalización.

En los últimos 50 años, fenómenos como el cambio en el modelo productivo internacional o los intentos gubernamentales para promocionar el desarrollo de áreas industriales alejadas de Buenos Aires¹¹, originaron un abandono de la zona. Es así que en

¹¹ Como ejemplos: Leyes N° 20560 y 21608, de 1973 y 1979, respectivamente.

territorios cercanos al Riachuelo las ruinas industriales pueblan el paisaje y sus alrededores se constituyen en espacios donde vivir para la población más necesitada.

Este es el momento donde surge a nivel mundial una mirada sobre el ambiente directamente vinculado a la salud humana. Diversos eventos internacionales ponen el foco de atención en el deterioro del entorno y la necesidad de su cuidado. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente, celebrada en Río de Janeiro en 1992, construye la Agenda 21, con la propuesta del desarrollo sostenible, es decir, aquel que incorpora el concepto de la protección del ambiente para las presentes y futuras generaciones.

En este período surgen en Argentina las leyes vinculadas a la protección de los ecosistemas y el ambiente es incluido como derecho en la Constitución Nacional de 1994, en su artículo 41. En relación a la CMR para esa época se pueden señalar varios intentos de trabajo en el saneamiento. En 1973 un programa del Ministerio de Defensa; en 1984, la creación del Gabinete Riachuelo (Federovsky, 2007, en Diario La Nación¹²) y en 1987 la propuesta de la Subsecretaría de Política Ambiental de la Nación, con inversiones del Gobierno Nacional, la Provincia y la Ciudad de Buenos Aires (Federovsky, 1988), intentaron abordar la contaminación hídrica.

Una de las tentativas más resonantes que circularon en los medios de comunicación acerca del Riachuelo, fue el anuncio de 1993 de la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano de la Nación, para limpiar el curso de agua en 1000 días¹³. Varios intentos más, con menos “prensa” se procuraron posteriormente, hasta la llegada del tema a la Corte Suprema de Justicia en el año 2004.

Es a partir de este acontecimiento que, como consecuencia de la creación de organismos y de la implementación de nuevos dispositivos de intervención, se hace necesario plantear una reorganización de las formas de abordaje y los recursos de salud que ya existían en la CMR.

¹² Diario La Nación del 25/02/2007 (<https://www.lanacion.com.ar/886326-riachuelo-el-rio-que-se-contamino-solo>)

¹³ En 1993, la Secretaría de Medio Ambiente del Gobierno del Presidente C. Menem, M. Julia Alsogaray, anunciaba que el Riachuelo estaría limpio en el plazo de mil días. Ese mismo año, el presidente de la Nación, haría un anuncio más ambicioso: “En 1995 vamos a ir allí a pasear en barco, a tomar mate, a bañarnos y a pescar”. Diario Popular 17/03/2017 De María Julia a Macri: todas las promesas para sanear el Riachuelo (<https://www.diariopopular.com.ar/politica/de-maria-julia-macri-todas-las-promesas-sanear-el-riachuelo-n303917>) Última consulta 26/06/2017.

El sistema de salud en la Cuenca

La composición de la oferta pública de atención de salud en el área de la Cuenca, forma parte del entramado de efectores de la Región Metropolitana de Buenos Aires. Esto implica una diversidad de instituciones de diferente volumen y niveles de complejidad que dependen de la Provincia de Buenos Aires, de 14 de sus municipios y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La prestación del subsector público de salud en la Provincia se desenvuelve a partir de 22 Hospitales Generales de Agudos provinciales, 1 Hospital Nacional y 9 Hospitales Especializados, distribuidos en los partidos pertenecientes a la Cuenca. Además cuenta con más de 330 efectores de Primer Nivel de Atención (incluyendo Unidades Sanitarias, Postas, Centros de Atención Primaria de la Salud, Odontología, Zoonosis, Integración Comunitaria, etc.), 5 Unidades de Pronta Atención y 11 Unidades de Salud Ambiental (USAM)¹⁴.

En la Ciudad el subsector público cuenta con 4 Hospitales Generales de Agudos, uno por cada una de las comunas 4, 7, 8 y 9¹⁵ que integran el área geográfica de la CMR, y contemplan la atención de salud en todos los niveles de complejidad. Cada uno de estos hospitales –al igual que otros 8 que se encuentran en el ejido de la Ciudad- tienen bajo su responsabilidad las denominadas áreas programáticas, creadas en 1988 a partir de los límites determinados por la cercanía a cada establecimiento, que fuera traspasado de la Nación a la Ciudad por ese entonces. Las áreas programáticas fueron delineadas como “unidades territoriales donde los efectores de salud deben articularse en función de un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención” (ACUMAR, 2014 p. 44).

Los hospitales son: Dr. Cosme Argerich; Dr. José María Penna; Dr. Parmenio Piñero; y Donación Francisco Santojanni¹⁶. Dentro de su área programática, cada uno tiene bajo su dependencia efectores del primer nivel de atención. Así hay en la actualidad 27 Centros de Salud Nivel 1 (ex Centros de Salud y Acción Comunitaria -CeSAC), 15 Centros Médicos Barriales (CMB) y dos Centros Odontológicos Integrales (COI).

Estos efectores tienen la función de ser la puerta de entrada al subsistema público de salud con diferentes formas de organización y diversas prestaciones. Los Centros de

¹⁴ ACUMAR, 2017. Disponible en <http://www.acumar.gob.ar/pagina/2796/las-usam>

¹⁵ A partir de 2005, la Ciudad se encuentra dividida en 15 comunas que constituyen unidades político administrativas, por Ley N° 1777 o Ley Orgánica de Comunas.

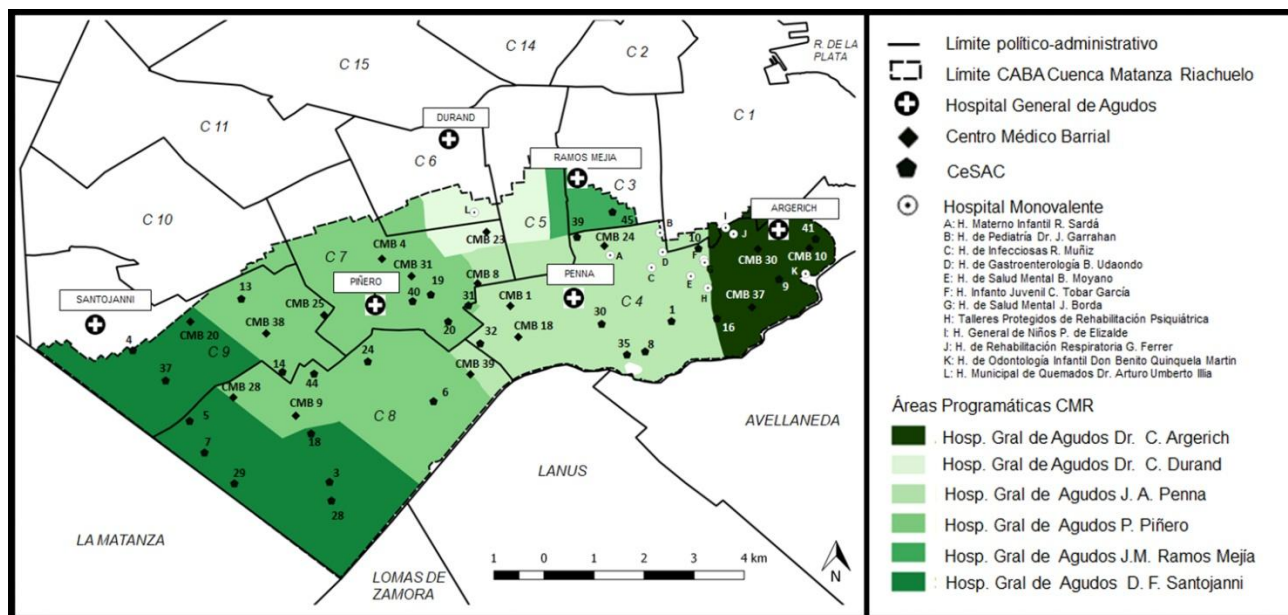
¹⁶ Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>

Nivel 1 centran su tarea fundamentalmente en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y la rehabilitación, a partir de especialidades básicas (Ley Básica de Salud CABA).

Los CMB proporcionan atención también en especialidades básicas, en el ámbito de policonsultorios, dentro del Plan Cobertura Porteña¹⁷. En el área de la Cuenca además se encuentra el Centro de Salud Integral Dra. Cecilia Grierson, que no tiene a su cargo área de referencia, y 11 hospitales especializados, que cuentan con alta complejidad; 2 de ellos son de pediatría y uno es una maternidad (Ley Básica de Salud CABA).

Además desde el año 2013 se emplaza una Unidad de Salud Ambiental (USAM), que funciona aladaña a un Centro de Salud Nivel 1 en el barrio de Barracas y fue creada en forma conjunta entre la ACUMAR y el Gobierno local.

Mapa 3 El sistema de salud en la CMR CABA



Fuente: DSA CABA 2017

Todos estos efectores constituyen la estructura sanitaria pública con la cual se intenta abordar a diario las problemáticas de salud de la población que habita en la CMR CABA.

¹⁷ Ver: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/cobertura-portena-de-salud>

Población de la CMR en la Ciudad

El Informe sociodemográfico y de salud de la CABA, realizado por el Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de ACUMAR, muestra algunas características particulares de la población asentada en la Cuenca, a partir de información generada por el Censo INDEC 2010 y la Encuesta Anual de Hogares 2013.

En el área de la CMR se concentran la mayor cantidad de villas y asentamientos precarios de la CABA, principalmente en torno a sectores industriales, basurales, terrenos anegadizos o contaminados. Las villas y asentamientos precarios se definen como áreas de urbanización popular, constituidas a partir de las dificultades de acceso al mercado formal de la vivienda, en general por población migrante. Registran mayoritariamente déficit en el ordenamiento y equipamiento urbano, debido a la instalación de redes de servicios -tales como provisión de electricidad, gas, agua segura y disposición de excretas- precarios y de riesgo para la salud y por un hacinamiento crítico.

En toda la superficie de la CMR viven aproximadamente 5.000.000 de personas, de las cuales 420.000 residen en territorio de la Ciudad, es decir el 14,5% de su población total (Departamento de Salud Ambiental, 2016).

Según el Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de ACUMAR, de todas las viviendas particulares del área de la CMR en la CABA, el 4,4% refiere a la condición de vivienda sub-óptima. En los asentamientos informales y villas residían en el año 2013 el 23,7 % (273.054) de los hogares de la CABA, concentrando una población de 787.870 personas (27,3 % del total).

Para el año 2015 la mortalidad infantil fue del 6,0 por mil¹⁸ para toda la Ciudad, inferior a la total del país, que fue en ese año de 9,7¹⁹. Para las Comunas de la CMR, sin embargo, la mortalidad fue de 7,2 para Comuna 4; de 6,4 para Comuna 7; de 8,2 para la Comuna 8 y de 6,5 para la Comuna 9²⁰.

En 2010 las comunas 4, 7, 8 y 9 concentraron, respecto a la población total de la Ciudad, el 34,3% de la población de 0 a 4 años, el 34,2% de la población entre 10 a 19 años y el 23,0% de la población mayor de 64 años. La Tasa de Dependencia de la

¹⁸ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales

¹⁹ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información Básica.

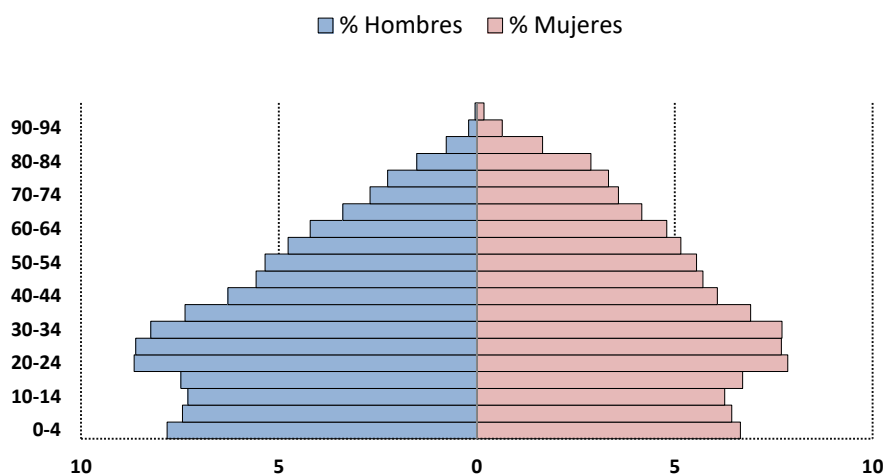
<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

²⁰ ²⁰ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales

población envejecida -mayores de 64 años-, fue más elevada en el área de la Cuenca de la CABA.

La pirámide de población global de la CRM-CABA se asemeja a la del país, con predominio de población joven y altas tasas de natalidad y mortalidad general.

Gráfico 1 Pirámide poblacional CM CABA



FUENTE: DSA 2018 en base a Censo 2010

El 4,4% de las viviendas en el área de la CMR en la CABA tienen diferentes condiciones de precariedad, es decir pertenecen a la tipología de casilla; pieza en inquilinato, hotel o pensión, local no construido para habitación, vivienda móvil o calle - personas sin techo.

En 2010 el 9,1% de los hogares de la Argentina presentaron al menos un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). En ese año, el porcentaje de hogares con NBI en la CABA era del 6,0% y el 37,3% de dichos hogares se localizaron en el área de la CMR (25.645 hogares). Allí, el 9,4% de los hogares tenía NBI.

En 2010 el 1,9% de la población del país mayor de 9 años de edad era analfabeta (641.828 habitantes), en tanto en la CABA el porcentaje fue del 0,5% (12.403 habitantes), de la cual el 44,3% residía en las comunas 4, 7, 8 y 9 (5.493 personas).

La desocupación en CABA alcanzó en 2010 el 3,1%, de la cual casi un tercio se localizaba en la CMR CABA.

A las situaciones descriptas de precariedad en la vivienda y las condiciones de urbanización, los niveles de NBI, analfabetismo y desocupación, se suma un problema

más que es la residencia en un territorio con diversas dependencias jurisdiccionales, lo que se torna un obstáculo a la hora de demandar recursos, servicios y políticas públicas.

Una complejidad inter-jurisdiccional

Desde el punto de vista político jurisdiccional, el recorrido de la CMR corresponde en su cuenca alta a los partidos de la provincia de Buenos Aires: Marcos Paz, Ezeiza, Cañuelas, General Las Heras, San Vicente y Presidente Perón. También en la provincia de Buenos Aires, la cuenca media atraviesa los partidos de La Matanza, Merlo, Morón, Esteban Echeverría y Almirante Brown. En la cuenca baja, se encuentran los partidos de Lanús, Avellaneda, Lomas de Zamora y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aquí involucra el área de las Comunas 4, 7, 8 y 9.

Asimismo, dado que se trata de una cuenca hídrica que involucra una provincia y la Ciudad autónoma, atañe jurídica y políticamente a la Nación. En los términos del artículo 75 de la Constitución Nacional, el Estado Nacional entiende en esta situación, ya que se trata de una vía navegable e interjurisdiccional, respecto de la cual tiene facultades de regulación y control.

Por otra parte, la Ley N° 25.675 o Ley General del Ambiente, establece que "En los casos que el acto, omisión o situación generada provoque efectivamente degradación o contaminación en recursos ambientales interjurisdiccionales, la competencia será federal".

Según la Defensoría del Pueblo de la Nación, en su Informe Especial de Seguimiento de la CMR (2005), tienen injerencia en el área territorial de la Cuenca en la CABA 9 entes gubernamentales nacionales y 8 de la Ciudad Autónoma, a los que hay que sumarle a partir del año 2006 la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo y la Unidad de Proyectos Especiales Cuenca Matanza Riachuelo (UPE CUMAR) de la CABA, en el año 2010.

En el mismo informe se cuentan aproximadamente 55 normas de diferente rango y alcance para toda la Cuenca, sin incluir "resoluciones, decretos y disposiciones específicas y/o temporales que eventualmente se dicten" (p. 9).

Esta diversidad de normativas, organismos y autoridades que entienden en el área determina en gran parte la complejidad de su abordaje en materia de salud, ordenamiento ambiental, obras públicas, presupuesto, entre otros.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL: POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD EN LA CMR

Las problemáticas en torno a la CMR -contaminación, daños a la salud, sufrimiento, precariedad en la vivienda, complejidad jurisdiccional, etc.- han sido abordadas desde diferentes tipos de estudios, revisados en los antecedentes. Para el abordaje del tema de esta investigación, constituido por las políticas y actores implicados en las problemáticas de salud en torno a la cuenca, se retoman conceptos, autores y categorías teóricas que permiten enriquecer el análisis. En primer lugar, consideramos que las actuales problemáticas en torno a la CMR se enmarcan en un contexto de políticas neoliberales, de escasa y desarticulada planificación urbana (Merlinsky, 2006), de exclusión social, de distribución espacial de la pobreza localizada en las zonas más contaminadas de la CMR (Pisani et al, 2010), de corrimiento del Estado frente a los derechos sociales.

Para exponer algunas de estas condiciones, se hace referencia a una investigación que desarrolla Loïc Wacquant (2001), acerca de los denominados “parias urbanos”. Desde una sociología comparada, el autor analiza cómo la voluntad política de los distintos gobiernos hizo que se profundicen las condiciones estructurales de violencia, hambre, desempleo, degradación, etc. Aun cuando la investigación fue realizada en Francia y EEUU, es posible asimilar sus hallazgos a las realidades de los sectores más desfavorecidos de América latina, entre ellos, las villas miseria y asentamientos de la Ciudad de Buenos Aires.

Wacquant sostiene que el actor que determina el desarrollo o no de la sociedad, es el Estado. En este sentido, hace un recorrido por las políticas públicas que van desde la “guerra contra la pobreza” del Estado de Bienestar norteamericano hasta la criminalización de la miseria, pasando por la reducción y desaparición de las obligaciones del mismo en los últimos tiempos, generando la estructuración de la marginación por el hundimiento institucional. La desaparición del Estado en la vida del sujeto se da a partir de una decisión política de no actuar o hacerlo de modo que lo que se daba como una lucha contra la pobreza, y contra la degradación ambiental en el caso de la CMR, se transforme en una inclusión marginadora. Esto en conjunto con los discursos que hacen de los guetos o villas territorios de privación y abandono a los que se

debe temer, constituyen una dimensión de la exclusión que es legitimada por los sectores medios y altos de la sociedad, como también por quienes habitan estas zonas.

Wacquant observa que hay problemáticas que no se han solucionado a lo largo del tiempo y que aumentan y profundizan la situación de marginalidad: el progreso de la economía en los países se traduce en una regresión de las condiciones y posibilidades de vida que genera una constante opresión, y el reconocimiento de un futuro sin futuro. Esta situación conlleva un alto nivel de degradación simbólica y deterioro físico de los barrios, acompañados por una creciente separación espacial y social.

El autor señala diversos procesos que marcan las nuevas condiciones de desigualdad en sectores urbanos, entre ellos, la inacción del Estado en tanto proveedor de servicios a nivel local y su arremetida en la función de vigilancia y control. Estos procesos se encuentran presentes, aunque recientemente visibilizados en la población de la CMR.

Desde una perspectiva teórica cercana sobre las cuestiones sociales y la intervención de las políticas públicas, el antropólogo francés Didier Fassin (1999) reconoce en las políticas dirigidas a los sectores más desfavorecidos un doble movimiento de psicologización y de individuación, que corresponde a lo que califica como “una *patetización del mundo*, es decir una representación patética de las desigualdades sociales y la introducción del *pathos* en lo político” (s/d) (itálica del autor).

El autor encuentra que la palabra exclusión, para referirse a los diferenciales sociales reemplaza al término desigualdad, incorporando un abordaje psicológico, combinado con una dimensión cultural y un movimiento hacia la *individuación* de los excluidos –que se focaliza en el sufrimiento personal y se desvincula de toda referencia a situaciones de dominación, de explotación y discriminación.

Ese cambio o inflexión se traduce, en el marco del Estado democrático-capitalista actual, en que es casi imposible luchar contra las desigualdades, y solo se puede intervenir contra sus consecuencias más visibles. Dentro de este paradigma, afirma Fassin, el margen de acción de los agentes locales involucrados en las cuestiones sociales es muy restringido. Para eso, se ha diseñado el “lugar de escucha”, donde se instala un dispositivo en el que, de manera casi personal, los agentes de unidades del Estado u organizaciones ofrecen vínculos de contención a los sufrientes, “no pudiendo proponerles un mejoramiento de sus condiciones objetivas de existencia” (Fassin, op. cit., s/d), en un intento de pacificación de las situaciones sociales.

Es interesante interrogar las medidas y acciones derivadas de las políticas públicas para la CMR desde estas consideraciones del autor. Es posible pensar las relocalizaciones, las unidades móviles, las audiencias o la cantidad de agentes estatales – promotores, profesionales de salud, censistas, entre otros- que han caminado los barrios y efectuado encuestas, cuestionarios, entrevistas, atención médica, por lo menos en parte, como “dispositivos de escucha” que no van a generar acciones de mejoramiento de las condiciones de vida definitivas. También es posible suponer que ha existido la intención de mejora de las condiciones de vida desde diversos actores, pero la discontinuidad de recursos, los cambios de las estructuras y modalidades de trabajo en terreno y las demoras en la concreción de las acciones, hacen pensar los compromisos del Estado como “dispositivos de pacificación”.

Acerca de salud

El abordaje del tema de este estudio se realiza desde la perspectiva de la **medicina social latinoamericana y la salud colectiva**, que entienden la salud como un proceso de construcción histórica y social. Para varios autores (Iriart y otros, 2002; Granda, 2004; Almeida-Filho y Silva Paim, 1999) la medicina social concibe a la población y a las instituciones sociales como totalidades, con características que trascienden las particularidades de los individuos. Esta perspectiva define los problemas a través de unidades de análisis sociales, grupales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo, en el contexto social que las determina.

Esto le otorga características diferenciales con respecto a la salud pública, que “considera como unidad de análisis a la población, a la que define como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos según ciertas características (sexo, edad, educación, ingreso, raza o etnia)” (Iriart y otros, op. cit., p. 130). Para los enfoques tradicionales de salud pública, las características y condiciones biológicas son las que imponen la probabilidad de aparición o no de una enfermedad y por lo tanto, las intervenciones posibles son individuales y específicas.

La salud colectiva conceptualiza su objeto como un proceso dialéctico salud-enfermedad y no como una categoría dicotómica: estar sano o estar enfermo. En este marco, la epidemiología denominada “crítica” “estudia el proceso salud-enfermedad en

el contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo” (Iriart y otros, op. cit., p. 131).

En los años 80, Asa C. Laurell y Eduardo Menéndez ampliaron el concepto de **salud-enfermedad** definiéndolo como **proceso social e histórico** e incorporando el modelo de atención como factor inseparable, por su impacto en los individuos y en los colectivos sociales. En este sentido, es posible inferir que a lo largo del tiempo los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) de la población de la CMR no mejoraron o empeoraron, producto de la exposición a contaminantes y de la acción/inacción del Estado en cuanto a condiciones de vida, acceso a servicios de atención de la salud, vivienda, etc.

El eje de análisis puesto en los orígenes sociales de la enfermedad incorpora las relaciones de poder económico y político en sus análisis. Por eso, el conjunto de prácticas y organizaciones de salud, deben centrarse en la construcción colectiva de las condiciones del proceso y en las posibilidades de transformarlo.

El sanitarista argentino F. Ferrara plantea que la salud se relaciona con la **capacidad de lucha para resolver los conflictos**, surge del intercambio dinámico de las personas con su entorno y se evidencia en la facultad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida, hacia la propia realización. Esta mirada imprime un carácter dinámico al concepto, ya que los conflictos se presentan en lo cotidiano y es allí donde se despliega la posibilidad de abordarlos y resolverlos. En el mismo sentido, el movimiento de salud colectiva plantea que la **participación social** es la que puede movilizar al Estado para que responda a las problemáticas socio-sanitarias. Por eso es que se analiza la salud en torno a la CMR desde esta perspectiva, en la que los actores demandan al Estado respuestas resolutivas.

En este marco el **ambiente** es el escenario dinámico, el campo, el espacio en que se despliega la salud determinada socialmente y por ello, puede potenciarla u obstaculizarla, al verse intervenido por la propia acción antropogénica. Es definido como el conjunto de sistemas naturales y contruidos modificado históricamente por la acción humana, que rige y condiciona todas las posibilidades de vida en la tierra, al ser su hábitat y fuente de recursos.

En el año 1974 en Canadá el informe Lalonde propone una especie de mapa del territorio de la salud, que contempla la descomposición del campo en cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la

atención de salud. El informe explica el ambiente como “el conjunto de aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control” (p. 3).

Esta formulación es criticada a partir de considerar el entorno como el más importante de los cuatro elementos del concepto de campo de la salud (Buck, 1984). “Si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria” (p. 10). La autora enuncia una serie de lo que considera entornos peligrosos e inseguros, entre los que ubica las situaciones de contaminación, las necesidades insatisfechas de alimentación y cobijo, la falta de apoyo social, entre otros. Además señala el efecto acumulativo que producen los ambientes desfavorables para la salud.

Al considerar el ambiente como componente determinante del campo de la salud, es incorporado en el “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998, p.16). Los **determinantes** son factores que modelan la salud de los individuos y las comunidades. Son las condiciones en que las personas viven y trabajan, también en las que enferman y abordan sus problemas de salud (Moiso, 2007, p. 172).

Se han desarrollado diversas conceptualizaciones y clasificaciones acerca de los **determinantes (DSS)** a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud²¹. La Organización Mundial de la Salud puso en marcha en el año 2005 la Comisión sobre determinantes sociales, con el fin de coleccionar información sobre medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo.

Moiso (2007), siguiendo a Dahlgren y Whitehead (1992), resume cuatro niveles interrelacionados hacia los cuales pueden dirigirse las políticas públicas para actuar sobre los DSS: fortalecimiento de los individuos, fortalecimiento de las comunidades, mejoramiento del acceso a los medios y servicios esenciales y estímulo para el cambio macroeconómico y cultural.

²¹ Ottawa, 1986, Adelaide, 1988, Sundsvall, 1991, Yacarta, 1997, México 2000 y Bangkok, 2005

Salud Ambiental

En este punto, se hace necesario definir un área que desde el estudio y la gestión hace foco en el vínculo entre la salud y el ambiente: la **salud ambiental**. La CMR, como tema abordado por diversas políticas públicas, se enmarca dentro del campo de la salud ambiental. La Organización Mundial de la Salud, en su Reunión Consultiva de 1993 en Sofía, definió la salud ambiental como “aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones”.

La salud ambiental sostiene que, más allá de buscar los impactos que el ambiente imprime en la salud de las poblaciones, el esfuerzo debe estar puesto en los desarrollos que posibiliten la prevención de la ocurrencia del daño. Es decir, pasar del daño instalado a la prevención y promover la salud abordando los DSS.

La salud ambiental actúa a nivel de las políticas, influyendo en las formas de abordaje de los impactos del ambiente en la vida cotidiana de las personas, las familias y las poblaciones. A nivel territorial ofrece herramientas y dispositivos de gestión para el relevamiento, el análisis, la prevención, las redes de diagnóstico y de abordaje terapéutico, el trabajo comunitario y la formación de los equipos de salud. Los contenidos que desarrolla se inscriben en las cuestiones urbanas, que incluyen el agua segura para consumo humano, la disposición adecuada de excretas, la gestión de residuos, la exposición a contaminantes y sus efectos en la salud, las condiciones de la vivienda, el aire intradomiciliario y exterior, entre otras.

Ambiente: ¿determinante social o parte de la determinación?

Moiso (2007) introduce una perspectiva para entender las relaciones de determinación. Siguiendo a Rovere (1993) plantea que en las relaciones entre categorías complejas como las sociales, no se puede pensar en “causas” en el sentido convencional, sino que es preciso hablar de explicaciones. Una explicación se puede vincular con un problema a través de una relación de determinación. Esta explicación determina el espacio de lo posible dentro del problema que se esté tratando de comprender.

Desde la salud colectiva y la medicina social latinoamericana, se hace una crítica al trabajo sobre DSS y se habla en cambio de **determinación social de la salud**, en tanto se “propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir” (Breilh, 2013, p. 14). Desde este enfoque es superador estudiar las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen, la destrucción de la naturaleza y el impacto que generan en los procesos de salud-enfermedad colectivos. El paradigma de la llamada epidemiología social propugnado por la Comisión Mundial de la OMS sobre DSS, según la medicina social, explica el orden social bajo una noción de causas, que no logra un modelo teórico capaz de interpretar el sistema social de mercado, en su estructura de propiedad, sus procesos de generación y reproducción de la explotación humana y de la naturaleza, ni los modos de vivir de los grupos.

Si bien el presente estudio adhiere a esta conceptualización, para pensar las problemáticas de salud en la CMR, la noción de determinantes sociales facilita una mirada operativa focalizada en las condiciones de vida de la población.

Como se ha visto, el asentamiento de las poblaciones en el área de la CMR se basa en las condiciones de pobreza y desigualdad, que las empujan a territorios altamente contaminados, inundables y con prestación escasa de servicios de infraestructura urbana. En este contexto, cuando se abordan cuestiones relativas a la salud de la población y a la salud ambiental, se hace necesario incorporar el concepto de **justicia territorial**. Beatriz Cuenya (2008) lo presenta como “la idea de que si bien el espacio construido es un reflejo de la sociedad, existe también un poder de lo espacial para cambiar las condiciones de lo social” (p. 271).

Este trabajo incluye la perspectiva que propone la **geografía crítica**, que convoca a construir territorios justos, enfocando el espacio como un proceso, no como un escenario fijo. Propone transformar los entornos urbanos para aproximarse a medios más justos e inclusivos.

De la mano de este concepto, se incorpora a la mirada sobre el ambiente la idea de **justicia ambiental**, referida “a la distribución de los beneficios y los daños -entre individuos, grupos sociales, regiones e incluso países-, y a las cargas -financieras y otras- ligadas a las políticas ambientales -prevención de riesgos, modelos de gestión, recomposición de ambientes dañados-” (Merlinsky, 2017, p. 242), que se fundamenta en el sostenimiento de los derechos de todos los habitantes del país a gozar de un ambiente

sano, reconocido expresamente en la Constitución Nacional. La forma de explotación actual de la naturaleza impide que los ecosistemas puedan regenerarse, es así que las mayores cargas ambientales por deterioro de los recursos, recaen sobre aquellos sectores de la población que viven en condiciones de mayor precariedad y que por lo tanto no tienen acceso a ambientes y territorios de calidad.

Pensar el ambiente como derecho, implica cambiar la lógica de los procesos de formulación de políticas para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades insatisfechas que deben ser asistidas mediante prestaciones discrecionales, sino **titulares de derechos** que pueden exigir prestaciones al Estado, como principal depositario de las obligaciones. Esto significa que se encuentra definido con precisión no sólo aquello que “el Estado no debe hacer a fin de evitar violaciones de derechos, sino también aquello que sí debe” (Arcidiácono, 2012, citado por Demonte, 2016, p. 7). En términos de salud, Beatriz Mendoza (2017) afirma: “los pacientes (en tanto, pasivos) ya no deben ser visualizados como sujetos de necesidad, sino como sujetos de derecho a los que el sistema de salud debe habilitarles e incentivarles el reconocimiento de su propia capacidad para tomar decisiones” (p. 180).

Cuando se estudia el ambiente y la desigual distribución de las cargas ambientales, se manifiestan los impactos en salud. Las desigualdades de salud se evidencian como información que muestra los diferenciales en salud de la población. Resulta revelador abordar la salud de los grupos desde la **inequidad**, entendiéndola como “un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud... cuando las diferencias en salud son prevenibles e innecesarias, el permitir que persistan es injusto” (Whitehead citado por Arcaya, 2015, p. 262). Se considera injusto porque se trata de disparidades sistemáticas evitables con medios razonables.

Es importante tener en cuenta que los **conflictos ambientales** representan focos de disputa de carácter político que generan tensiones en las formas de apropiación, producción, distribución y gestión de los recursos naturales en cada comunidad o región. Los mismos ponen en cuestión las relaciones de poder que facilitan el acceso a los recursos, que implican la toma de decisiones sobre su utilización por parte de algunos actores y la exclusión de su disponibilidad para otros actores. Se trata de situaciones de tensión y disputa en la que no solo están en juego los impactos ambientales, ya que en muchas ocasiones, la dinámica del proceso contencioso lleva a poner en evidencia dimensiones económicas, sociales y culturales desatendidas.

Por lo tanto, si bien hay un conflicto ambiental, cuando un conjunto de actores sociales plantea demandas en el terreno político en torno a la apropiación social de bienes de la naturaleza y/o donde se pone en juego un argumento ambiental, es importante entender que esos reclamos pueden estar mediados por **otras demandas de naturaleza social, económica y cultural** (Merlinsky, 2015). En el caso de la CMR, si bien es considerado primordialmente un problema ambiental, adquirió una nueva perspectiva por el impacto que tiene en la salud y en las condiciones de vida. Es pertinente preguntarse si ha constituido un avance en lo que hace a justicia ambiental, al lograr instalar una problemática de salud en el centro del conflicto.

Políticas Públicas

Los conceptos de inequidades en salud y justicia ambiental permiten analizar las problemáticas de la CMR de acuerdo a diferencias en salud de la población que son prevenibles y evitables, siendo injusta su persistencia. Esta persistencia se relaciona con la existencia de políticas públicas deficitarias o ausentes.

Para referirse a actores, políticas y acciones en la CMR, son esenciales los aportes de Oszlak y O'Donnell (1995), quienes estudian las **políticas estatales** en América Latina dentro del tema más general de las vinculaciones Estado-sociedad, proponiendo una conceptualización a través de una analogía con una pieza musical. Si la pieza representa la relación amplia entre el Estado y la sociedad, cada una de las políticas estatales tomaría el lugar de un acorde, que completa y redefine la obra entera, en una trama a partir de un tema musical. Se hace necesario aclarar que los autores utilizan el término “estatal”, para referirse a las políticas que se desarrollan en este vínculo con la sociedad civil y en ese sentido, también usan la denominación de **políticas públicas**.

Así, se puede entender una manera de “localizar el estudio de la dinámica de las transformaciones sociales siguiendo la trayectoria de una cuestión a partir de su surgimiento, desarrollo y eventual resolución” (Oszlak y O'Donnell, op. cit., p. 110).

Para los autores una “**cuestión**” es un **asunto**, ya sea una demanda o una necesidad, “**socialmente problematizado**”. Dado que ninguna sociedad tiene capacidad ni recursos para responder a la totalidad de las necesidades y demandas, solamente algunas son problematizadas, “en el sentido de que ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos o incluso individuos estratégicamente situados creen que puede y

debe hacerse ‘algo’ a su respecto y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes” (Oszlak y O’Donnell, op. cit., p. 110).

En este sentido, a lo largo de este trabajo se aborda el proceso de reconocimiento de la CMR como un problema a partir de las intervenciones de diversos actores que permitieron colocarlo en agenda. Se entiende la **agenda** como la serie de asuntos de carácter público, considerados y analizados por la gestión de gobierno para su intervención (Ramírez Brouchoud, 2007). Se trata de la lista de temas que una instancia gubernamental considera como parte de las cuestiones sobre las que debe intervenir, constituyendo su foco de atención y el de quienes, desde fuera del gobierno, también intervienen en la formulación de las políticas.

Cada cuestión social atraviesa un "**ciclo vital**" que va desde su surgimiento como problema hasta su "resolución", entendiendo esta resolución como la desaparición del tema, sin implicar que haya sido solucionado efectivamente. La desaparición puede darse porque otras problemáticas han sido visibilizadas y han tomado la atención de los actores interesados en la cuestión, o porque se concluye que no puede hacerse nada con respecto a ella, o hasta porque los actores que la planteaban fuertemente han sido reprimidos o despojados de los recursos que los habilitaban para demandar (Oszlak y O’Donnell, op.cit.).

En este ciclo vital los actores involucrados en el surgimiento y desarrollo de la cuestión toman posición. Por eso resulta interesante analizar el período previo al surgimiento de la cuestión “CMR”, saber quién la visualizó como problema, cómo se difundió esa visión, cómo se convirtió en cuestión para la agenda pública.

En este sentido se entiende la política estatal como una toma de posición que involucra decisiones de una o varias organizaciones estatales, que constituyen el modo de intervención del Estado frente a la cuestión a lo largo del tiempo. Esto permite comprender que la toma de posición no es unívoca, homogénea ni permanente dentro de todo el Estado, dado que las decisiones de las diversas instancias intervinientes pueden resultar inconsistentes o conflictivas entre sí. El Estado, caracterizado así como diferenciado, complejo y contradictorio en su interior, aparece como un actor más en el proceso de la cuestión problematizada, tomando partido por acción u omisión.

De esta forma, la trama de políticas que se teje en un proceso social hace difícil establecer qué proporción del cambio que se produce es atribuible a cada una. No obstante, es necesario afirmar que la toma de posición del Estado es particularmente

relevante, ya que así suelen considerarlo otros actores, además de poder producir efectivamente cambios significativos. Para Subirats (2001) los decisores políticos, como actores, cuentan con el recurso normativo, que los demás actores no tienen; esto facilita la definición conceptual y cognitiva del problema a resolver. Asimismo, hacia adentro del Estado, las tomas de posición sostenidas por una unidad gubernamental que tenga atribuciones para intervenir, genera repercusiones tanto en el mismo nivel –horizontales- como en la estructura jerárquica -verticales.

Cada toma de posición de un actor puede constituir un factor importante para el contenido y la explicación de las posiciones de los otros actores. Por eso, Oszlak y O'Donnell (op.cit.) las consideran "nudos" particularmente relevantes en la secuencia de interacciones.

En el campo del ambiente, Subirats (2001) plantea que una política es la definición de un problema público que ha resultado exitosa, entre otras posibles definiciones. Lo más importante en este marco es la capacidad de persuasión, aun cuando el decisor cuente con límites de diversa índole -económico-financiera, de capacidad operativa, de tecnología, etc.- para resolver el problema.

Asimismo, es posible identificar la producción de “coaliciones promotoras”, cuando dos o más actores se coordinan para plantear asuntos sociales en conjunto. Del mismo modo, se presentan “ventanas de oportunidad”, cuando un tema surge socialmente y se instala, dando lugar a su vez a la aparición de otros asuntos vinculados. Esto es claramente observable en temáticas medioambientales (Subirats, 2001), como la que representa la cuestión CMR.

Por último, con respecto a la **operativización del concepto de política pública** que utilizaremos a lo largo del trabajo, tendremos en cuenta la clasificación que realizó Aguilar (2008), quien propone una definición descriptiva de la política pública, con características como:

- “a) un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, en tanto se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; (...)
- d) acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y
- e) que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad” (p. 4).

En este estudio se entiende la **salud como un bien público**, tal como plantean Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet (2008). Los autores refieren que las políticas públicas tienen sentido en tanto se apoyen en los **derechos humanos**, mediante mecanismos de construcción ciudadana y participación política. En este contexto, los derechos basados en una participación genuina de la población se constituyen en una vía privilegiada para discutir las relaciones entre las políticas y la salud.

Desde el **enfoque de los derechos humanos**, los autores plantean que la salud se gana y se pierde por políticas extrasanitarias, es decir, políticas y efectos que van más allá de la esfera de la salud. Por eso, hacen hincapié en la necesidad de “adoptar una actitud más participativa que prescriptiva y valorar el efecto que sobre la salud ejercen las decisiones de las instituciones derivadas del poder político” (p. 283). Así, es necesario construir la **intersectorialidad** como herramienta para el trabajo dentro del Estado, con la academia y con distintos espacios sociales de participación.

Para Nuria Cunill Grau (2010), del Centro Latinoamericano de Desarrollo (CLAD), la adopción de un enfoque de derechos en el diseño de una política pública exige de la presencia de atributos de las instituciones que se encargarán de su implantación, reconociendo como fundamentales la universalidad, la exigibilidad, la participación social, la integralidad y la progresividad.

Abramovich y Pautassi (2006, citados por Cunill Grau 2010), destacan que “el reconocimiento de derechos es también el reconocimiento de un campo de poder para sus titulares y en este sentido puede actuar como una forma de restablecer equilibrios en el contexto de situaciones sociales marcadamente desiguales” (p. 67).

Para indagar las prácticas que desarrollaron diferentes participantes involucrados en la CMR, se hace necesario focalizar en el concepto de **actor social**. Un primer aporte útil para delinear el concepto es el de C. Matus (1987), quien afirma que “los actores sociales son tales porque tienen capacidad de producir hechos políticos y constituyen centros de acumulación y desacumulación de poder” (p. 151). En este sentido, cada actor puede reconocerse a partir de su propia explicación acerca de la realidad, constituyendo una entre varias otras que coexisten con propósitos conflictivos. Por lo tanto, “esa realidad admite *varias explicaciones distintas igualmente verificables* desde el lugar de la realidad que se toma como centro de observación y acción” (cursiva del autor) (p. 151).

Un actor también puede ser definido, desde la perspectiva de la gestión social, como una “**forma concreta**”, sea una organización o tan solo un individuo, que ejerce

algún tipo de incidencia en ese proceso de gestión (Chiara y Di Virgilio, 2009). Pirez (1995) los denomina como “unidades reales de acción en la sociedad: tomadores y ejecutores de decisiones” (citado por Chiara y Di Virgilio, op. cit., p. 70), que se constituyen a partir del interjuego con otras unidades con las cuales acuerdan, a las que se oponen, con las que colaboran, etc.

Es necesario destacar que la definición de los actores que intervienen en procesos sociales es **dinámica**. La implementación de cada política “define en su desarrollo al conjunto de actores involucrados en la misma” (Chiara y Di Virgilio, op. cit., p. 71) y acompaña el devenir de las intervenciones u omisiones de cada uno. Esa definición incluye a aquellos que sin participar directa o explícitamente, pueden obstruir y/o demorar las posibilidades de otros actores para intervenir en el sentido de las transformaciones que se proponen.

Según Oszlak y O'Donnell (1995) analizar “las prácticas de diferentes actores aglutinadas en torno a cuestiones que definen la naturaleza, intensidad y límites de un área de acción (y, habitualmente, de conflicto) social” (p. 115) ofrece la posibilidad de estudiar procesos sociales. Así, cada práctica refleja una estrategia de acción cuyas premisas dependen, en general, de los recursos que un actor pueda movilizar y de lo que espera del comportamiento de otros actores involucrados en la cuestión o problemática.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las políticas públicas de salud y las prácticas de distintos actores sociales ante las problemáticas de la CMR en la Ciudad de Buenos Aires en el período 2004-2015.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la CMR desde el punto de vista de su localización geográfica y su historia.
2. Describir la situación sociodemográfica, de salud y la estructura sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires en el área de la CMR.
3. Describir los fenómenos sociales y acontecimientos que fueron determinantes para la visibilización de la situación sociosanitaria de la CMR.
4. Identificar los actores sociales involucrados en la visibilización de la CMR como problema sanitario.
5. Describir las acciones desarrolladas en las unidades estatales intervinientes, en sus distintos niveles de responsabilidad.
6. Analizar el proceso que atravesaron las intervenciones del sector salud de la Ciudad para atender las problemáticas de la CMR, una vez que se encontró instalada en la agenda pública.

METODOLOGÍA

Dados los objetivos del estudio y los formatos en que se presentan las cuestiones de agenda pública, se empleó un enfoque cualitativo y una indagación de corte exploratoria-descriptiva. Para la recolección de información se recurrió a la técnica documental. Siguiendo a Valles (2003) consideramos documento una “amplia gama de registros escritos y simbólicos, así como cualquier material y datos disponibles “(p. 120).

En este caso tomamos registros escritos, porque los mismos reflejan los contenidos de las políticas públicas que son de interés para explorar.

El corpus seleccionado está integrado por documentos oficiales de la administración pública nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, de ambos Ministerios de Salud, Defensorías, Auditoría General de la Nación, Corte Suprema de Justicia de la Nación, entre otros. Asimismo se incluyeron presentaciones de las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la CMR. Los documentos revisados se organizaron teniendo en cuenta:

- Los producidos con cercanía temporal a la demanda presentada ante la CSJN en 2004 hasta la sentencia de 2008, incluyendo los referidos a las organizaciones no gubernamentales.

- Las respuestas e informes de las unidades del Estado a las mandas de la CSJN a partir de 2008, que incluyen estudios con instrumentos y dispositivos diseñados a propósito de la problemática de la CMR.

Los interrogantes que originaron el trabajo fueron los contenidos de las políticas públicas referidas a la salud de la población de la CMR. Los mismos sirvieron como criterios para identificar los ejes temáticos y los principales hitos en la construcción del abordaje de la problemática.

Por otra parte, se tomaron como actores a las organizaciones no gubernamentales que intervinieron de maneras diferentes en la problemática de la CMR, así como a las diversas unidades estatales involucradas en la cuestión. Es necesario dejar en claro la presencia activa del actor “vecinos”, que aún con distintas configuraciones a lo largo del tiempo, siguió constituyéndose en protagonista de las problemáticas.

El análisis documental se complementó con una serie de entrevistas semiestructuradas a informantes considerados clave en los procesos estudiados. Para ello se elaboraron cuestionarios abiertos, que siguieron una guía de pautas para la entrevista. Se entrevistaron cinco informantes: una integrante del grupo de demandantes, trabajadora de salud de Villa Inflamable; un referente de la Fundación Ambiente y Recursos Naturales, asociación incluida en el Cuerpo Colegiado; una ex coordinadora de un organismo de salud ambiental de la Ciudad de Buenos Aires; un funcionario de un municipio de la CMR con recorrido profesional por diferentes espacios estatales vinculados a ambiente; una ex integrante de una Unidad Sanitaria Ambiental y actual trabajadora de ACUMAR.

La lectura bibliográfica orientó la selección de los ejes temáticos y permitió el ajuste de los mismos a medida que se avanzaba en el análisis de documentos y entrevistas.

El procesamiento y análisis de la información se realizó poniendo el foco en los actores, las definiciones y las acciones en un orden cronológico, desarrollados a lo largo del período 2004-2015 y sus antecedentes inmediatos.

ANÁLISIS Y HALLAZGOS

En el análisis de diversos documentos referidos a la CMR y a la Causa Mendoza, y particularmente a las problemáticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención, fueron apareciendo actores que con distinto grado de injerencia e intereses, intervinieron a lo largo del período 2004-2015.

Entre los primeros implicados se encuentran las organizaciones de la sociedad civil y los vecinos padecientes de las consecuencias de la contaminación. Asimismo, se consideran actores los diferentes organismos del Estado que de alguna manera dan respuesta –o no- a la problemática estudiada: las Defensorías del Pueblo de la Nación y la Ciudad, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la Auditoría General de la Nación, las Universidades nacionales, la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo. La incorporación de cada uno, con sus aportes, omisiones, continuidades e interrupciones, ha marcado una huella en las políticas públicas para la CMR.

Cabe aclarar que en función del recorte de este estudio se incluyen aquellos actores generales que visibilizaron el tema de la Cuenca y los que a lo largo del proceso se vincularon directamente con las problemáticas de salud. Es decir que, más allá de los considerados en este análisis, otros actores se han involucrado en diversos aspectos dentro del complejo asunto de la CMR, en temas como ordenamiento territorial, control industrial, calidad del agua, control de basurales, etc.

Se alza la voz en torno a la CMR: las organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones de la sociedad civil intervienen en la problemática de la CMR en distintas instancias, por eso se fueron constituyendo en actores significativos e hicieron posible que la temática entrara en la agenda pública. Como las agrupaciones más relevantes que participaron en el período inicial de la cuestión CMR, ubicamos la **Asociación de Vecinos de la Boca (AVLB)**, la **Fundación Ambiente y Recursos Naturales (FARN)**, la **Fundación Ciudad**, el **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)**, **Greenpeace**, la **Fundación Metropolitana**, la **Asociación Ciudadana por los Derechos Humanos (ACDH)** y la **Asociación Poder Ciudadano**. A continuación se presenta una breve descripción de cada organización.

Como antecedente del trabajo de las organizaciones en la problemática, se puede citar la declaración que hizo la **Asociación de Vecinos de la Boca** en la **Defensoría del Pueblo de la Nación (DPN)** en el año 2002, a partir de reunir los reclamos que venían escuchándose en relación a la contaminación del Riachuelo. Se presentó un documento denominado SOS Riachuelo que planteaba la compleja situación de la contaminación de la Cuenca. Este primer movimiento por la visibilización de las problemáticas puede situarse como el comienzo del “ciclo vital”, señalado por Oszlak y O'Donnell (1995), que sirve para identificar la manera en que la cuestión CMR es tomada desde la sociedad civil, para formar parte de la agenda pública.

La **AVLB** se autodefine como una organización apartidaria, miembro fundador de la Red SOS Riachuelo. Según su propia presentación su trabajo está orientado a promover la seguridad, la salud, el urbanismo y el mejoramiento de la calidad de vida barrial, dentro de un contexto social con escasos recursos, en los barrios del sur de la Ciudad. El Barrio de La Boca se constituye en el epicentro del trabajo y su objetivo más importante desde el año 2000 era lograr un Riachuelo limpio, fuente de vida, de seguridad y de trabajo.

Otra de las asociaciones que toma un rol protagónico es la **FARN**. Se trata de una organización no gubernamental sin fines de lucro y apartidaria, fundada en 1985. Su objetivo principal es promocionar el desarrollo sustentable a través de la política, el derecho y la organización institucional de la sociedad. Los destinatarios de su trabajo son los decisores públicos y privados y, según la página web institucional, la participación de

los ciudadanos es uno de sus ejes principales de trabajo. En palabras de uno de los entrevistados, FARN se constituyó en *“una organización de participación más activa, más de promoción de diálogo, de estudio, de derecho ambiental... lo que hicimos fue aportar todo el encuadre legal, lo que nos permitió en la instancia del Defensor del Pueblo (hacer) todo un estudio de la situación legal de la Cuenca”*.

La vinculación de la fundación con las problemáticas de la CMR surge a partir de la colaboración con actividades que desarrollaba la **Fundación Ciudad**. La Fundación Ciudad se constituye en Buenos Aires en febrero de 1995, con el objetivo de contribuir a la preservación y el desarrollo de la calidad de vida urbana en nuestro país. Entre los trabajos que desarrolla se destaca el Programa Foros Ciudad y Río, que entre 1995 y 2001 enfocó las discusiones hacia aspectos considerados sustanciales por la comunidad acerca de la ribera del Río de la Plata, en una franja que abarca la Ciudad de Buenos Aires y municipios de la Provincia de Buenos Aires. Estos encuentros promovieron el interés por la situación de la Cuenca Matanza Riachuelo, que si bien excede la ribera, forma parte de ella y de la región metropolitana. Es así que en los años 2002 y 2003 se realizan diferentes foros acerca del desarrollo de la Cuenca, en los que participa la FARN.

La FARN se había relacionado previamente también con los vecinos de Villa Inflamable a partir de sus diagnósticos de salud y de su intención de presentar una demanda ante la justicia. En palabras de un entrevistado en el marco de este estudio, referente de una organización: *“Mary Brite (una vecina) que fue la primera en el caso, ella tenía sus 5 chicos con plomo en la sangre, había sido detectado por la JICA. La ayudamos mucho sobre todo en la búsqueda de información y también en la atención sistemática de los chicos”*. Según el entrevistado no se pudo llegar a un acuerdo para patrocinar a los vecinos, dado que los mismos estaban *“enfocados en la búsqueda de una indemnización por daños y perjuicios”*. Ya que la Fundación por su estatuto no podía centrarse en las indemnizaciones, resolvió enfocarse en lo referente al daño ambiental colectivo, una vez que la Corte Suprema de Justicia de la Nación se declaró competente para abordar la problemática.

Así, desde la propia Fundación se define su participación como el aporte del encuadre legal. El involucramiento en los informes coordinados por el Defensor del Pueblo de la Nación, que en ese momento era el periodista Eduardo Mondino, motivó la realización de *“un estudio de la situación legal de la Cuenca”*, donde se llega a *“la*

conclusión de que además de tres fuentes de contaminación había una cuarta que era la cuestión jurídico-institucional que no permitía avanzar y que finalmente aportaba a que la contaminación se consolidara”, según palabras del entrevistado. Para ordenar esta cuestión la FARN propone en el 2003 junto al Defensor del Pueblo la creación de una autoridad de Cuenca con facultades específicas. Asimismo, cuando la CSJN inicia el proceso judicial, la Fundación focaliza en el significado del daño ambiental: “el nexo causal que permite vincular la empresa con la producción de un daño específico, cuáles eran las soluciones a tomar”.

El **Centro de Estudios Legales y Sociales** se vincula a la Causa de la CMR a partir de la convocatoria de la FARN, dado que se trataba, desde la mirada de la Fundación, de una temática que involucra derechos humanos de las poblaciones que viven en el área de la Cuenca. CELS se presenta como un organismo argentino de derechos humanos creado en 1979, durante la última dictadura militar, que promueve la protección de los derechos y su ejercicio efectivo, la justicia y la inclusión social, a nivel nacional e internacional. Según un entrevistado, *“lo que sucedió en la Cuenca era un tema de Derechos Humanos básico. Ellos (CELS) tenían un programa de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y vieron que podían ingresar”.*

En sus primeros años, el CELS llevó adelante la lucha por la verdad y la justicia frente al terrorismo de Estado en el país, y fue ampliando su agenda al incluir las violaciones de los derechos humanos ocurridas en democracia. Desde los años 90 se enfocó además en la defensa de los derechos sociales –salud, ambiente, educación, etc.-, promovidos por las Naciones Unidas desde fines de los 80.

Greenpeace se presenta como una de las organizaciones ambientalistas más importantes del mundo, su oficina central se encuentra en Holanda y cuenta con delegaciones en 41 países. En Argentina se inaugura una sede en 1987, a partir del trabajo sobre residuos tóxicos. Desde entonces, Greenpeace Argentina fue abarcando problemas ambientales: la contaminación de las aguas, el destino de la basura, el cambio climático, el desmonte de los bosques nativos.

Hacia 1988 la organización elabora un documento –Contaminación en el Río Matanza-Riachuelo- que caracteriza la situación de contaminación de la Cuenca. En los años 2003 y 2005 Greenpeace participa en la elaboración de los Informes coordinados por la Defensoría del Pueblo de la Nación. La organización en particular demanda un plan cuyos ejes sean la Producción Limpia y la Recomposición ambiental de la Cuenca, a través de la reducción progresiva de la contaminación.

Una organización más se suma como actor en la temática CMR, a partir de su inclusión en el Espacio Riachuelo: se trata de la **Fundación Metropolitana**. Según su propia descripción es una organización no gubernamental, que desde el año 2000 trabaja impulsando procesos de planeamiento participativo en la Metrópolis Buenos Aires. Sus temáticas de trabajo se dividen en cuatro dimensiones integradoras: social, política, económica y territorial, que permiten analizar los efectos de las decisiones sobre el espacio metropolitano.

Es importante destacar que por cuestiones relacionadas al Estatuto de esta fundación, la CSJN en la sentencia de 2008 determina que no formará parte del Cuerpo Colegiado, que será dentro de la Causa Mendoza el grupo de actores incorporado como tercero interesado, encargado del seguimiento del Fallo Mendoza, para el control ciudadano del Plan Integral de Saneamiento Ambiental.

Otra de las organizaciones involucradas en la problemática de la Cuenca es la **Asociación Ciudadana por los Derechos Humanos**. El acceso a la información sobre esta organización aparece vinculado a la figura de la política María José Lubertino –ex diputada nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, ex directora del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo de la Presidencia de la Nación. En su perfil de la red social Facebook la ACDH se describe como ONG multidisciplinaria, pluralista, que promueve la justa distribución de la riqueza. Desde una perspectiva de género, integra la diversidad y promueve la paz y la preservación del medio ambiente.

Por último, podemos citar a la organización **Poder Ciudadano**, que se presenta como una fundación apartidaria y sin fines de lucro que nació en 1989 como iniciativa de un grupo de ciudadanos preocupados por la defensa de los derechos cívicos en Argentina.

En los años 2003 y 2005 la Fundación participó junto con el Defensor del Pueblo de la Nación y demás asociaciones en la elaboración de los Informes sobre el estado de la Cuenca. A partir del año 2007 integró el Espacio Matanza-Riachuelo, que surgió de la preocupación compartida por el CELS, la FARN, la AVL B, la Fundación Metropolitana y Fundación Ciudad, por la falta de información sobre las problemáticas de la Cuenca del Riachuelo.

Las organizaciones se unieron para conformar un ámbito que avanzara en la difusión y el monitoreo de información, y promoviera la participación de los ciudadanos en torno al Plan de Saneamiento de la Cuenca. En particular, el rol de Poder Ciudadano

sería el de recibir las denuncias que se plantearan en el Espacio y judicializar los reclamos.

Esta reunión de organizaciones configura un **entramado de intereses** a partir de la problemática de la CMR. El mismo se conforma en torno a los límites, los recursos y las resistencias que se despliegan en la implementación de las prácticas políticas, existe antes de la política y se reconfigura a lo largo del proceso (Chiara y Di Virgilio, op. cit.). A partir de la iniciativa de la DPN se produce una **coalición promotora**, que según Subirats (op. cit.) representa “la unión de intereses públicos de carácter local, regional, nacional o internacional en relación con una cierta política” (p. 262).

Por otra parte, la misma cuestión involucra a actores que se hallan objetiva y/o subjetivamente afectados de manera diferencial. En este caso, podemos inferir que algunos de los actores afectados por la cuestión –como la AVL B- deciden iniciarla y otros, no tan directamente afectados –FARN, CELS, Greenpeace-, se suman a la exposición pública por interpretar que su resolución “será más congruente con sus intereses y preferencias, mejorará sus bases de apoyo político o disolverá tensiones previsibles que pueden amenazar su poder relativo” (Oszlak y O’Donnell, op. cit., p. 114).

El actor protagonista: los vecinos

Un grupo de **padecientes directos** del deterioro ambiental de la CMR dieron inicio a la Causa Mendoza al presentar una demanda ante la CSJN. Si bien esa condición de padecientes por sí sola no los constituye en un actor, y a su vez es difícil caracterizarlos como un colectivo homogéneo y consolidado, los pobladores de la Cuenca pueden considerarse como un actor en tanto son protagonistas de la cuestión CMR. Algunos de ellos además participaron en presentaciones ante la DPN y DPC que contribuyeron a la visibilización inicial de las problemáticas.

Los **vecinos de Villa Inflamable** en primer lugar, se constituyeron como grupo demandante a partir del acercamiento de diversos abogados ambientalistas a los barrios, que les ofrecían la posibilidad de iniciar un juicio por los altos niveles de contaminación que presentaban los terrenos donde vivían. Aunque esos vecinos se encontraban en medio del Polo Petroquímico de Dock Sud, a merced del daño ambiental que el mismo imponía en la zona, fue viable ampliar el alcance de la demanda a la Cuenca. “*Si bien el*

polo petroquímico no está sobre la cuenca Matanza, en ese flujo y reflujo de agua se contamina toda la napa de agua, o sea que la gente termina tomando con las cañerías que tiene, gente muy pobre, muchas veces termina tomando agua con plomo, más el plomo del suelo por las industrias, entonces se arma esta mega-causa”, en palabras de un entrevistada, integrante del grupo demandante.

En el origen de la causa fue relevante la observación que hacían **los trabajadores de la unidad de salud** de la zona, de los problemas diversos que tenían los niños participantes en la juegoteca, al tiempo que también registraban síntomas en sus propios cuerpos: *“empezamos a ver un montón de problemas de salud en los chicos, problemas en la piel mayormente, algunas malformaciones, cosas que nos llamaban la atención, eso además del olor que era inevitable sentirlo. Después empezamos con algunos síntomas en común, como sentirse muy cansado a una hora de llegar y tener esa laxitud en el cuerpo”*. Fue así que consultaron al Servicio de Toxicología del Hospital General de Agudos J. Fernández del GCBA – servicio más cercano que ofrecía la posibilidad de atención-, donde recibieron la confirmación de la presencia de hidrocarburos en su sangre.

La serie de estudios, pruebas y medicaciones que implicaban gastos de bolsillo para los damnificados, por la falta de cobertura de su obra social o aseguradora de riesgos del trabajo, movilizó al grupo de trabajadores y vecinos, entre ellos la familia Brite. El informe de la DPN de 2003 relata el “Caso Brite”, explicando que se trata de una familia donde tres de los hijos padecían trastornos cutáneos, bronquiales y de visión, habiendo sido atendidos en hospitales públicos. A esta situación se sumaba la ausencia de respuestas de parte de las autoridades del Municipio de Avellaneda y de la Provincia de Buenos Aires, lo que llevó a vecinos y trabajadores a tomar la decisión de reclamar ante la CSJN. Esta es una situación novedosa en la esfera de la justicia ambiental, ya que un grupo de particulares damnificados demandan al Estado y a empresas implicadas, por la mejora de sus condiciones de vida y de salud, así como por la recomposición del ambiente.

Para Lanzetta (2015) todo territorio, entre ellos la Cuenca, está definido “por elementos que se vinculan en una estructura de flujos, no solo de materias y sujetos, sino también de discursos que lo significan como lugares” (p. 124). A pesar de que la demanda a la Corte fue hecha por toda la Cuenca, la misma no aparece a nivel de los medios o en la vida cotidiana con significación social como una unidad por parte de los sujetos que la habitan; en este sentido, el espacio Cuenca no es percibido como contenido

(Bozzano, 2000 en Lanzetta, op. cit, p. 118), sino solo por algunos pobladores, con distinta relevancia a lo largo del tiempo.

La configuración del actor “pobladores” fue modificándose a lo largo del proceso y la mirada sobre los mismos desde el Estado también ha variado. La población que aparecía como demandante en la Causa Mendoza era un grupo pequeño de vecinos, que se perfilaba como silencioso, sumiso y a la espera. En las crónicas de audiencias del período estudiado, la población tiene una presencia escasa o no es nombrada²². No se les permite entrar al recinto de las audiencias y su opinión no es requerida para analizar el cumplimiento del fallo. Dice Beatriz Mendoza (2017) que son “los enmudecidos quienes van encontrando formas de resistencia porque entre los que condenan al silencio y los enmudecidos hay una tensión que resulta inevitable, construida de modo inconsciente como espacio arrancado a la arbitrariedad del poder” (p. 116).

Algunos de estos grupos sin embargo, van asumiendo capacidad para incidir en la toma de decisiones públicas y el propio Estado irá configurando un nuevo actor a través de procesos como relevamientos, relocalizaciones y reurbanizaciones en el territorio, que se desarrollarán a partir de las mandas de la Corte Suprema. Según el entrevistado referente de un municipio en la provincia de Buenos Aires, el juez *“Armella en su interpretación del fallo de la Corte que deviene en las relocalizaciones, genera otros actores que antes no estaban, la población ribereña como unidad de acción, que empieza a opinar... Si uno mira para atrás va a ver que progresivamente esta población que no tenía voz ahora empieza a golpear la puerta, y quiere hablar. Antes se trataba a este actor como algo que se ponía, se sacaba, se corría para allá o para acá. Es la política pública que lo hizo devenir en actor activo que opina, piensa y demanda”*.

El reconocimiento de derechos implica el **reconocimiento de un campo de poder** para sus poseedores, lo que permite restablecer equilibrios en escenarios sociales abiertamente desiguales (Abramovich y Pautassi, op. cit.). Esta perspectiva habilita analizar la demanda de los vecinos como un movimiento para lograr equilibrar condiciones de desigualdad, en pos del reconocimiento de derechos.

²² 2012: <http://cij.gov.ar/nota-10157-Causa-Riachuelo--finaliz--la-audiencia-p-blica-ante-la-Corte-Suprema.html>

2015: https://tn.com.ar/politica/riachuelo-se-reanuda-hoy-la-audiencia-publica-para-evaluar-el-cumplimiento-del-fal_056687 y <http://www.el1digital.com.ar/articulo/view/50275/la-cuenca-matanza-riachuelo-tema-de-audiencia-publica-en-la-unlam>

El Estado/los Estados

A la luz de la bibliografía considerada, es posible definir al Estado en su totalidad como un actor relevante en las políticas acerca de la Cuenca Matanza Riachuelo, dado que tiene capacidad de producir hechos políticos y constituye un centro de acumulación y desacumulación de poder (Matus, op. cit.). Para analizar políticas y prácticas a lo largo de un período de tiempo, originadas y llevadas a cabo por distintos espacios de la gestión de gobierno, resulta útil el análisis de las unidades del Estado que han intervenido en las problemáticas estudiadas.

Así, siguiendo a Oszlak y O'Donnell (op. cit.) se observa que ante las situaciones de salud-enfermedad de la población de la CMR, las tomas de posición y las decisiones que se llevan adelante para resolverlas, involucran a una serie de organizaciones estatales concretas, con diferentes grados de autonomía y que generan repercusiones horizontales y verticales. Es necesario por eso detenerse en el análisis de cuáles son las unidades más relevantes del Estado que han intervenido a lo largo del periodo 2004-2015.

Un actor promotor: Defensoría del Pueblo de la Nación

La figura del ombudsman o **Defensor del Pueblo** nace en el siglo XIX en Suecia, con una función de supervisión y control de los actos de la administración gubernamental, en resguardo de los intereses de los ciudadanos. En la mayoría de los países de América del Sur se formaliza a partir de las Constituciones Nacionales de fines del siglo XX, con el fin de facilitar a los ciudadanos mecanismos eficaces para asegurar la vigencia de sus derechos (Spadoni, 2013).

En Argentina la Defensoría es creada por la Constitución Nacional de 1994, en el ámbito del Poder Legislativo, configurándose como una institución autónoma con capacidad para proponer leyes. En la Ley N° 24.284 de Creación del Defensor del Pueblo se establece que el objetivo fundamental es el de “proteger los derechos e intereses de los individuos y la comunidad frente a los actos, hechos y omisiones de la administración pública nacional”.

Según su presentación en la página web institucional, en el ejercicio de las misiones que tiene encomendadas, el Defensor del Pueblo puede iniciar y proseguir investigaciones en casos originados por cualquier repartición de la Administración Pública Nacional y las empresas prestadoras de servicios públicos -aún las privatizadas-,

incluyendo cuestiones atinentes a la preservación del medio ambiente y casos de incumplimiento de sentencias judiciales por parte del Estado.

Cuenta con un equipo interdisciplinario constituido por abogados, ingenieros, trabajadores sociales, biólogos, geólogos, entre otros, que analizan las actuaciones que se promueven, ya sea de oficio o por presentaciones de quejas, y elaboran propuestas sobre los cursos de acción a seguir.

A partir de la recepción del pedido de intervención hecho en el año 2002 por la AVL B, motivada en las consecuencias de las inundaciones y la contaminación del Matanza Riachuelo y los de varios vecinos damnificados, la Defensoría se constituye en un actor en las problemáticas de la Cuenca. Así, en el año 2003 convoca a las organizaciones no gubernamentales movilizadas por la temática a concretar el primer informe socio ambiental sobre la Cuenca.

Asimismo, en el marco de la Causa Mendoza, se presenta como parte actora y en la sentencia de julio de 2008 de la CSJN, es admitida su participación como tercero interesado, asignándosele además, la tarea de organizar la participación ciudadana en la causa. La orden de la Corte es que debe conformar “un cuerpo colegiado con los representantes de las organizaciones no gubernamentales que intervienen en la causa en igual carácter de terceros, coordinando su funcionamiento y distribuyendo internamente las misiones”.

Es de destacar que, aún cuando la DPN siguió desde el Cuerpo Colegiado el proceso de la Causa Mendoza, el Defensor del Pueblo que había impulsado las acciones renunció en el año 2009 y su cargo se encuentra vacante desde entonces, dado que el Congreso no procede a la elección que permitiría su reemplazo. Según el entrevistado referente de una ONG: *“Como el Defensor no está nombrado, la Corte de Justicia hizo una serie de requerimientos a la Defensoría, la Defensoría del Pueblo no los cumplió, el Congreso no nombró al Defensor”*. Hasta 2015, las participaciones de la DPN se hicieron a través de los defensores adjuntos²³.

La DPN se constituyó en promotora de uno de los nudos de la cuestión social CMR, al generar la interacción de actores interesados. Esa acción dio por resultado dos informes sumamente relevantes para visibilizar la temática en un momento en que el cuidado del ambiente comenzaba a tomar forma como preocupación pública.

²³ En el año 2016 la CSJN desplaza a la DPN de su función en la Causa, por no contar con un titular oficialmente designado.

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad

La **Defensoría del Pueblo de la Ciudad (DPC)** fue instituida por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 1996. La Ley N° 3 de la Ciudad sancionada en 1998, que regula su funcionamiento, establece que la Defensoría del Pueblo es un órgano unipersonal e independiente con autonomía funcional y autarquía financiera y ejerce sus funciones sin recibir instrucciones de ninguna autoridad. Como misión, la ley señala que se trata de la defensa, protección y promoción de los derechos humanos e intereses tutelados en la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad y las leyes, frente a los actos u omisiones de la administración, de prestadores de servicios públicos y de las fuerzas de seguridad local.

El Defensor del Pueblo es designado por la Legislatura de la Ciudad con el voto de las dos terceras partes de sus miembros y es asistido por cinco adjuntos. El mandato de los defensores es por cinco años y pueden ser reelectos por un único período consecutivo. Sólo pueden ser removidos por juicio político.

En el Informe de la DPN de 2003 se presentan las acciones de la DPC que había recibido denuncias de los vecinos sobre afecciones a la salud originadas en la contaminación ambiental. Mediante recomendaciones y resoluciones solicitó información y acciones a la jurisdicción y de esta manera se unió a la Defensoría Nacional para abordar el tema del saneamiento de la CMR. En el Informe se destaca el rol de las defensorías, al asumir junto con los vecinos tareas de prevención y de cuidado del ambiente.

En adelante, la Defensoría de la Ciudad acompaña el proceso de cumplimiento de las sentencias de la CSJN. En el año 2014 presentó ante la Corte un pedido para ser incluido en la Causa como *amicus curiae*²⁴, que fue denegado. En el mismo año, firma un convenio con la DPN para trabajar de manera conjunta en la asistencia a los vecinos del camino de sirga²⁵, incluidos en la Causa Mendoza.

²⁴ “Amicus curiae”, “amigos del tribunal” o “asistentes oficiosos”, es la denominación utilizada para “cualquier persona distinta del demandante” que interviene en causas que tramiten ante un tribunal. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Acordada 28/2004. Disponible en <https://www.csjn.gov.ar/documentos/descargar/?ID=88784> Última consulta: 19/06/18

²⁵ Franja de 35 metros sobre la margen del río, de dominio público y libre circulación. También llamado borde costero, su nombre deriva de las cuerdas con las que se remolcaban los barcos desde la orilla, contra la corriente. En la Cuenca MR en la actualidad se ejecuta sobre el camino de sirga un parque lineal con un camino vehicular enfocado al tránsito recreativo de las personas. <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollourbano/manualdedisenourbano/paisaje-urbano-verde/conectores/borde-costero-camino-de-sirga>

Los actores ejecutores: organismos de la administración pública

Se puede iniciar el listado de unidades intervinientes desde la administración del Estado con la **Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación**. En su Informe de 2003 la DPN identifica este organismo a partir de haberle solicitado una exposición de la situación de la CMR, en cuanto a riesgos y enfermedades detectadas. La respuesta de la Dirección, señalada en el Informe, fue que el estudio “no era posible ya que solo lograría extender en el tiempo el comienzo de las acciones concretas para mejorar la salud y el ambiente de la zona; más allá de las dificultades técnicas y los altos costos para la instrumentación del estudio, argumentando además que no era necesario para dar comienzo al saneamiento de la cuenca”. Esta respuesta generó una crítica de parte de la Defensoría, asignando a las autoridades de las jurisdicciones la falta de planificación de soluciones para las problemáticas. Los organismos del Estado comienzan a revelarse con sus propias definiciones acerca de cuál es una resolución satisfactoria y cuáles son sus prioridades para la intervención, desplegando su heterogeneidad, sus inconsistencias y sus conflictos.

Asimismo, dentro del Ministerio de Salud otras áreas tuvieron representación en la Comisión de trabajo “Salud para la población de la CMR”, organizada para dar cumplimiento a las sentencias de la CSJN²⁶. Las funciones de esta Comisión, fueron el análisis de situación de salud local periódico, el fortalecimiento de los procedimientos de Vigilancia Epidemiológica de eventos transmisibles, no transmisibles y mortalidad, investigaciones, capacitaciones, desarrollo de un Sistema de Vigilancia de Factores Ambientales, desarrollo de la Encuesta de Prevalencia de Tóxicos en Niños Menores de 6 años, relevamiento antropométrico y de desarrollo psicomotor a poblaciones seleccionadas. Todas estas acciones fueron retomadas posteriormente desde la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo.

En la problemática de la CMR el Ministerio de Salud de la Nación es llamado a ejercer en ese momento un rol rector del sistema de salud, como facilitador y generador de espacios “para la coordinación de las acciones interjurisdiccionales y de proveedor de recursos de fortalecimiento institucional, asistencia técnica y capacitación” (DPN, 2003).

Este rol quedará imbricado posteriormente con las funciones de ACUMAR, registrando vaivenes en distintos momentos del proceso de la CMR. Desde las

²⁶ Las unidades intervinientes del ministerio de Salud en ese momento fueron la Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil, la Dirección Nacional de Epidemiología y el Departamento de Salud Ambiental de la Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud.

organizaciones del Cuerpo Colegiado, en especial desde la FARN, se planteó la necesidad de crear un área específica de salud, dado que, el Ministerio se mostraba resistente a intervenir en la problemática. En palabras de un entrevistado, referente del CC: (al Ministerio de Salud) *“Lo vimos remiso cuando estaba Ginés González García que cometió un exabrupto al contestar que era un problema de las autoridades ambientales. Lo vimos muy remiso cuando el Ministerio de Salud expuso ante la Corte diciendo que tenía programas y que la Cuenca estaba dentro de esos programas”*.

La tensión para que el Ministerio se involucre en acciones concretas demuestra que su toma de posición es particularmente relevante y así lo perciben los otros actores, ya que es quien puede producir cambios significativos y avances en la problemática.

En la gestión de la Ciudad

La entonces **Secretaría de Salud de la Ciudad**, máxima autoridad en el área, aparece identificada en el primer Informe de la Defensoría, por su trabajo conjunto con el Hospital General de Agudos C. Argerich y los centros de salud 9 y 15, en el Barrio Rodrigo Bueno²⁷. Dentro de la Secretaría, el **Programa de Salud Ambiental** era el que llevaba adelante las acciones vinculadas a la Cuenca. Fue creado en el año 2003 y sus principales funciones se definían como:

- Conocer la distribución e identificar los determinantes y la frecuencia de los procesos de salud-enfermedad en la población con relación al ambiente.
- Promover la realización de estudios para identificar factores etiológicos, probar la existencia de asociaciones causales aplicando medidas de efecto y de impacto.
- Identificar grupos poblacionales expuestos a mayores riesgos de enfermar y morir por causas ambientales relevando sus necesidades reales de salud.

A lo largo del proceso este programa fue el actor principal dentro del área de salud de la Ciudad, en la atención de la problemática de la CMR. A principios del año 2007, un cambio de estructuras dentro del Gobierno de la Ciudad elevó la jerarquía del área de salud a Ministerio. En ese momento, el programa de Salud Ambiental pasó a constituirse en una **Coordinación**, como organismo fuera de nivel, y participó en la elaboración del primer **Programa de Salud para la población de la Cuenca Matanza Riachuelo de la**

²⁷ Dicho asentamiento se ubica por fuera del área de la CMR, definida por Resolución 1113/2013 de Aprobación del Mapa de Delimitación Topográfica de la Cuenca Hidrográfica del Río Matanza Riachuelo, pero permanece incluido en acciones referidas a la población de la CMR, por el convenio entre ACUMAR y el GCBA.

Ciudad, en un trabajo conjunto con la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de salud, el Departamento de Epidemiología, la Dirección de Estadística en Salud y el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur.

El nuevo programa se organizó a partir de una matriz de marco lógico, cuyos componentes serían incluidos en el **Programa Sanitario de Emergencia (PSE)** elaborado por ACUMAR.

El Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud había creado en 2004 el sistema de vigilancia epidemiológica, que incorporaba eventos con impacto ambiental en salud, lo que facilitaría luego la generación de información para la Cuenca.

El Informe de Seguimiento de la DPN hace mención a una iniciativa importante a nivel de los efectores de salud, que fue la creación dentro del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich del “Comité Técnico Comunitario de Salud Ambiental”, para dar respuesta a las problemáticas de contaminación en la zona. El Comité contaba con la participación de representantes del equipo de salud y de vecinos de los barrios de Barracas, Dock Sud, la Boca y San Telmo y desarrollaba actividades como atención a grupos etarios pediátricos y adultos en consultorios externos del hospital con sospecha de impactos ambientales, incorporación de una página de salud humana-ambiental en la historia clínica de consulta ambulatoria, la atención toxicológica de afectados por contaminación, el asesoramiento a la Dirección del hospital, entre otras.

La DPN en 2005 recomienda al Jefe de Gobierno de la Ciudad la “categorización del Comité Técnico Comunitario de Salud Ambiental”. También hace referencia a una falta de conexión con las autoridades competentes en materia ambiental, ya que el hospital, según la DPN, había solicitado medidas de coordinación para evaluar los niveles de contaminación ambiental y establecer parámetros de análisis.

La constitución de este Comité se destaca en un momento histórico relevante, porque refleja un encuentro de actores que enlazan sus demandas y refuerzan la coalición promotora para la CMR. Vecinos y vecinas de los barrios forman parte de un dispositivo de la institución hospitalaria, que recoge la necesidad de abordar las problemáticas de salud de un colectivo localizado en un área particular de la Ciudad. Este involucramiento tiene unos pocos antecedentes en salud en la Ciudad, como herencia de las asambleas que se organizaron en el país a partir de la crisis política y económica del año 2001²⁸.

²⁸ En el mismo sentido y casi en simultáneo, el Programa de Salud Ambiental asesoró y acompañó el proyecto de conformación del Comité de Salud Técnico-Comunitario del Hospital General de Agudos T. Álvarez y el CeSAC 34 de la CABA, que concentraba las demandas de los vecinos frente a la

En La Boca, un grupo de vecinos del Complejo Catalinas Sur se contactó en 2002 con autoridades del Área Programática del Hospital para hacer llegar sus inquietudes acerca de la aparición de casos de cáncer que evaluaban como excesiva, atribuido a diversas fuentes locales, entre las que se encontraba la contaminación del Riachuelo. Varios de esos vecinos formaron parte posteriormente del Comité Técnico Comunitario de Salud Ambiental y el tema fue tomado en su momento por el grupo de trabajo en Salud Ambiental del nivel central, antecedente del Programa y Coordinación, del que formaba parte –y continúa en el año 2018- la autora de este estudio.

Dentro del Hospital General de Agudos C. Argerich se diseñó asimismo, entre los años 2006 y 2007, la Unidad Sitio Centinela, cuyo objetivo central era “identificar y evaluar información sobre riesgos y daños a la salud y su relación con la situación ambiental con el propósito de desarrollar acciones específicas tendientes a su control y prevención”. La unidad estaba integrada por el Programa de Salud Ambiental, la Dirección de Epidemiología, los servicios de Hematología de los Hospitales General de Agudos C. Argerich y General de Niños P. de Elizalde y de este último también participaba la Unidad de Toxicología. En una primera etapa el trabajo se centraría en la vigilancia de las enfermedades relacionadas con hidrocarburos y sus derivados, pero la Unidad se disolvió al poco tiempo de su creación por la falta de estructura y de presupuesto específico para sus funciones.

El actor organizador: CSJN

En Argentina, la **Corte Suprema de Justicia** es la máxima autoridad dentro del poder judicial. Su intervención en el conflicto multidimensional de la CMR fue determinante para dar forma a una cuestión socioambiental que permanece abierta. Según un entrevistado, referente de un municipio de la Cuenca, esta intervención: *“fue interesante porque ayudó a instituir el problema, a exigir una respuesta”*.

Por tratarse de un actor del más alto nivel institucional, afirma Merlinsky (2013), dotado de poder político por ser el órgano que controla la constitucionalidad de los actos de los otros poderes del Estado, la CSJN se coloca por encima de los demás actores,

contaminación proveniente de diversas fuentes en la zona. En esa instancia el Director del Hospital tomó las demandas de los vecinos y generó un espacio de intercambio para el trabajo concreto en salud ambiental. Entre otras acciones se concretó la recolección de información sobre las distintas situaciones y se convocó a funcionarios de la Ciudad que entendían en las temáticas.

otorgándole una estructura al proceso. Se constituye en el “actor central organizador del conflicto” (p. 113).

La autora afirma además, que la acción de la Corte jerarquiza la cuestión del **derecho al ambiente sano** reflejada en la Constitución Nacional, fuertemente asociada a los derechos de ciudadanía y a los derechos sociales: a la salud, a la vivienda, al agua, entre otros. De esta manera “la Corte le asigna un rol importante a la justicia, definida como mecanismo de compensación institucional frente a las desigualdades” (Merlinsky, op. cit., p. 121).

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad señala como un antecedente en este sentido que, tanto la legislación sobre el Riachuelo del siglo XIX como las sentencias de la Corte Suprema de esa época atendían mucho más a la protección ambiental que sus equivalentes actuales. La Ley de la Provincia de Buenos Aires de 1871 ordenaba la erradicación de los establecimientos contaminantes y una Sentencia de la Corte de 1887 estableció que una industria que contamina perjudica a la salud pública y por esa razón podía ser expulsada sin indemnización (DPC, 2018).

Napoli y Esain (2008), abogados referentes de la FARN, en un análisis del fallo 2008 de la Corte en la Causa Mendoza, identifican tres períodos en la jurisprudencia de la CSJN. El primero inicia a fines de los años 70 y llega hasta 2004, en este período el alto tribunal tenía escasas intervenciones en el tema ambiental, pero era intenso el movimiento en los juzgados de instancias federales o provinciales en casos de transcendencia institucional limitada.

Un segundo período identificado va desde el 2004 al 2006, cuando la Corte dicta resoluciones incipientes en materia ambiental, con un tratamiento particularizado en procesos complejos, de intervenciones múltiples y con participación de intereses colectivos.

El tercer período, que llega hasta nuestros días, comienza en 2006, motivado por diversas circunstancias. Para varios autores (Napoli y Esain, op. cit.; Merlinsky, op. cit.) la situación que se presentaba ante la construcción de las pasteras en la localidad de Fray Bentos, en Uruguay, cercanas a las costas del río límite entre ambos países, sumada a las reacciones que generó en la comunidad argentina de Gualeguaychú²⁹, se constituyeron

²⁹ El Departamento de Gualeguaychú, provincia de Entre Ríos, se encuentra frente a las costas del Río Uruguay. El anuncio de construcción de las pasteras, elaboradoras de papel a partir de celulosa, provocó una reacción de reclamo por el cuidado del ambiente, dada la alta contaminación que provocaría la producción. Se citan como contaminantes en periodos de funcionamiento normal: material orgánico en los efluentes líquidos finales, cuya degradación en el río por los microorganismos consume oxígeno disuelto en

en un marco de referencia para la intervención de la Corte. Asimismo, los informes de 2003 y 2005 de la DPN presentaban la situación de la CMR como desastre ecológico, hecho que según los autores motivó la intervención de la CSJN. Desde la mirada de la entrevistada, integrante del grupo de vecinos demandantes, en 2004 *“se empieza a mover a nivel estatal la cosa ambiental, por políticas del gobierno de Néstor Kirchner y medio que se mete presión a nivel internacional. Había otros países en América Latina que estaban intentando ser ‘un poco más verdes’”*. Estos fenómenos han sido **ventanas de oportunidad** para la formación de la política pública.

El control de la ejecución de la sentencia estuvo conformado en los primeros años por el Juzgado Federal de Primera Instancia de Quilmes, a cargo del Dr. Luis Armella, por el Cuerpo Colegiado –integrado por la DPN y cinco organizaciones designadas- y por la Auditoría General de la Nación.

En particular el Juez Federal de Quilmes se constituyó en un actor relevante porque en sucesivas mandas ejercía un control directo sobre las acciones que implementaban las jurisdicciones, a menudo hasta con visitas e inspecciones en el terreno, imponiendo tiempos para la ejecución. El juez Armella fue desplazado de la Causa en el año 2012, porque diferentes denuncias por contrataciones irregulares efectuadas en la implementación del plan de saneamiento ambiental, despertaron un fuerte cuestionamiento sobre sus acciones (Merlinsky, op. cit.). La Corte designó entonces a dos jueces para continuar el seguimiento de la sentencia: el titular del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 12, para el control de contrataciones de obras y servicios públicos y el titular del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 2 de Morón, para el resto de las mandas.

Respecto del Cuerpo Colegiado, es necesario destacar que fue el depositario de la organización de la participación civil en la Causa, por mandato de la Corte. Es decir, desde el principio las ONG integrantes debían habilitar la intervención ciudadana en el control de cumplimiento de la sentencia, aun cuando no quedaba claro si se trataba de analizar el impacto de las políticas implementadas y de qué manera se haría. A lo largo del proceso, sus funciones y su integración fueron cuestionadas, dada su baja representatividad, en tanto no contemplaba la mirada ni incorporaba la voz de los damnificados directos. La entrevistada integrante del grupo demandante refiere, por una

el agua; gases altamente peligrosos, no todos descargados por la chimenea principal; contaminantes de efecto acumulativo; material particulado.

[\(https://www.ecoportal.net/temasespeciales/contaminacion/descripcion_de_loscontaminantes_emitidos_por_la_planta_de_celulosa_de_botnia_en_fray_bentos/\)](https://www.ecoportal.net/temasespeciales/contaminacion/descripcion_de_loscontaminantes_emitidos_por_la_planta_de_celulosa_de_botnia_en_fray_bentos/)

parte que “no están en la misma categoría todas esas ONG relacionadas con lo ambiental” y agrega que “ninguna de esas ONG tienen base en la Cuenca, todas son ONGs financiadas por fondos internacionales que miran desde arriba una situación, elaboran un documento sin consensuar con nadie y se lo mandan a la Corte. Nosotros creemos que nosotros, los padecientes, tenemos que poder elegir quién nos representa”.

Al respecto, Beatriz Mendoza (op. cit.) afirma acerca de los vecinos y pobladores de la Cuenca: “Lo que resulta significativo es que ‘No han sido invitados a las audiencias públicas’” (p. 115). Y agrega, refiriéndose a las organizaciones sociales: “no todas ellas cuentan con igual reconocimiento ni la misma legitimidad otorgada por las víctimas de la contaminación ambiental de la Cuenca. Aunque sí son conocedoras de la problemática del Riachuelo.” Y desliza aquí la pregunta acerca de cómo representan a la sociedad civil, cuando no fueron elegidas por ella.

En el transcurso del proceso judicial, la Corte ha convocado y llevado adelante alrededor de 110 audiencias hasta 2015, para revisar y analizar las respuestas de la administración pública a las problemáticas del área. El CC analiza los avances de la Causa a través de Informes con distinta periodicidad.

Un actor que controla: AGN

La **Auditoría General de la Nación (AGN)** se involucró en las problemáticas de la CMR a partir de diversos informes desde 2006, evaluando los usos efectivos de partidas destinadas a la Cuenca y del crédito otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo, que fuera subejecutado. La CSJN en su fallo 2008 considera que es trascendental la transparencia en el manejo patrimonial de la cosa pública y para eso señala como autoridad responsable a la AGN, para que lleve un control específico de la asignación de fondos y de ejecución presupuestaria de todo lo relacionado con el Plan Integral de Saneamiento Ambiental. Así, debía realizar el control de la asignación de los fondos que recibía la ACUMAR por parte de las jurisdicciones involucradas y presentar informes ante el Juzgado Federal de Quilmes, que llevaba el control de la ejecución de la sentencia y luego ante el Juez en lo Criminal y Correccional Federal N° 12.

En su Informes Especiales la AGN analiza los ejercicios fiscales de ACUMAR desde 2007 y concluye que la ejecución presupuestaria es reiteradamente baja. Asimismo, informa que el alcance de sus tareas se ve limitado por no disponer de la totalidad de la

información solicitada a ACUMAR. Destaca la importancia de contar con líneas de base que brinden información sobre las necesidades presupuestarias para llevar adelante el saneamiento de la cuenca y la atención de los pobladores, y hace hincapié en la importancia de los avances en términos de resultados y productos, no de acciones o procesos (AGN, 2015).

Estos actores que venimos describiendo se articulan en distintas instancias de las políticas públicas sobre la CMR. Las unidades del Estado intervienen desde las funciones asignadas y con frecuencia entran en conflicto y mantienen tensiones con otros organismos. En este caso, la AGN pone en ejercicio el control de los fondos públicos destinados a un fin sumamente complejo, como es sanear la CMR. La Corte suprema como actor organiza la causa y reafirma las funciones de las diferentes unidades, exigiendo a través de sus jueces delegados el seguimiento de las mandas.

El actor académico: las Universidades

En los inicios de la instalación del tema CMR en agenda pública, las **universidades nacionales** intervinieron contribuyendo a los análisis de situación y aportando saberes técnicos. La Universidad Tecnológica Nacional respondió a la convocatoria a entidades vinculadas con la temática que realizó la DPN, para conformar los informes de 2003 y 2005. En este último informe también participó la Universidad Nacional de La Matanza.

La Universidad de Buenos Aires (UBA) fue requerida en los inicios de la Causa Mendoza, concretamente en los años 2006-2007, para evaluar en carácter de perito el Plan Integral de Saneamiento Ambiental que la Nación, la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires, enviaran a la CSJN en el año 2006.

De la pericia participaron distintas facultades, particularmente para el área de salud las evaluaciones fueron hechas por profesionales de las Facultades de Medicina y de Farmacia y Bioquímica.

La UBA se constituye en un actor en la problemática ya que tiene un lugar de relevancia en la formación de políticas, en este caso a requerimiento de la CSJN, y ejerce una incidencia en los procesos de gestión (Belmartino, 1988 citada por Chiara y Di Virgilio, op. cit.). Sus diferentes unidades académicas participan además en instancias de la capacitación a trabajadores -Cátedra de Toxicología, año 2007-, así como en las

mediciones de contaminantes y biomarcadores a través de los servicios de laboratorios de diferentes carreras –como ejemplo, el CENATOXA³⁰.

La Universidad Nacional de Tres de Febrero respondió a la convocatoria que se hiciera desde ACUMAR para la realización de uno de los primeros estudios sobre factores ambientales de impacto en la salud de la población de la Cuenca, que fue la Encuesta de Factores Ambientales de Riesgo (EFARS).

Estas son algunas de las intervenciones de las Universidades en la problemática, mencionadas con el fin de señalar el involucramiento de las instituciones académicas, que pone de relieve la incorporación de la temática en la agenda pública en aquellos momentos iniciales.

El actor articulador: ACUMAR

En el año 2006, las jurisdicciones involucradas en la CMR presentan una primera versión del **Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA)**. En el documento se propone, entre otras medidas, la creación de la **Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo**, que se hace efectiva como un ente de Derecho Público interjurisdiccional a partir de la sanción de la Ley N° 26.168. El antecedente más cercano había sido el Comité Ejecutor del Plan de Gestión Ambiental y de Manejo de la Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo, que fuera creado en 1995 por el Poder Ejecutivo Nacional.

La importancia de ACUMAR es central en este proceso, ya que se trata de una unidad creada dentro del Estado nacional, para hacerse cargo de las cuestiones que atañen a la recomposición del ambiente y el cuidado de la salud de los pobladores de la Cuenca. El alcance de sus funciones y tareas redunda además en un avance en cuestiones medioambientales, ya que se trata de la primera experiencia en una cuenca interjurisdiccional de esta envergadura en el país.

La complejidad de las múltiples dependencias jurisdiccionales de los entes que intervienen en la CMR, las superposiciones y la necesaria articulación, hacen de la ACUMAR un espacio de conflictos centrados en la **gobernabilidad**. Si se concibe la gobernabilidad como el “ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la gestión” (Casas, 1999, p. 2), en este caso, de asuntos de una región, surgen inmediatamente las tensiones y desajustes. La misma “comprende los complejos mecanismos, procesos e instituciones por medio de los cuales los ciudadanos articulan

³⁰ Centro de Asesoramiento Toxicológico Analítico. Cátedra de Toxicología y Química Legal. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires

sus intereses, median sus diferencias y ejercen sus legítimos derechos y sus obligaciones” (Casas, op. cit., p. 2) y su ejercicio conlleva una gestión participativa, transparente y responsable, características poco desarrolladas en las políticas de ACUMAR.

Las mandas de la CSJN imponen la necesidad de acuerdos, que determinan avances lentos, retrocesos, incertidumbres, redefiniciones a lo largo de los años. Aquí es importante señalar que durante la mayor parte del periodo estudiado, la gestión administrativa de la Ciudad era de un signo político opuesto a las de la Nación y la Provincia de Buenos Aires, lo que conllevó numerosos conflictos del orden de la gobernabilidad.

El PISA, en sus distintas versiones, ha sido una herramienta ordenadora, un guión flexible en el escenario de gestión de la autoridad de cuenca, que permitió organizar su estructura. Sin embargo dicha estructura ha sufrido los cambios, las marchas y las contramarchas que implican las políticas públicas implementadas.

Según el Informe del Cuerpo Colegiado del año 2015, ACUMAR modificó su organización interna y su estructura en once oportunidades desde su creación, lo que conllevó variaciones en la conducción técnica de las áreas de gestión. Una consecuencia directa de estas modificaciones fue con frecuencia la discontinuidad de las acciones en terreno y la disolución de los equipos de trabajo.

El decreto del Poder Ejecutivo Nacional que reglamentó la creación de ACUMAR, estableció que la presidencia del organismo sería ejercida por el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sustentable y que en el Consejo Directivo, dos de los siete integrantes serían representantes de la Ciudad de Buenos Aires, en un avance hacia la integración de las jurisdicciones.

Según la Ley la Autoridad de Cuenca tiene facultades de regulación, control y fomento respecto de la prestación de servicios públicos y cualquier otra actividad con incidencia ambiental en la Cuenca, pudiendo intervenir en materia de prevención, saneamiento, recomposición y utilización racional de los recursos naturales.

A raíz de la Causa Mendoza, ACUMAR trabajó en el PISA con objetivos concretos a corto, mediano y largo plazo, para abarcar todas las variables de la problemática existente en la Cuenca en el cumplimiento de la sentencia. Mediante la Ley N° 2.217, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhirió a los términos de la Ley Nacional que crea la ACUMAR³¹.

³¹ <http://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/acumar>

El área encargada de salud en ACUMAR era la Dirección General de Salud Ambiental (**DGSA**). Sus principales políticas en la materia eran ejecutadas a través de acuerdos con las áreas de salud de las jurisdicciones. En la Ciudad, la referencia directa de la temática fue asumida por la Coordinación de Salud Ambiental, contando en reiteradas oportunidades con el desentendimiento de otras unidades dentro del Ministerio para intervenir.

ACUMAR intenta instalarse como un espacio de articulación “de políticas y acciones a ser ejecutadas por las diferentes reparticiones”, que tiene como labor lograr la gobernabilidad en la gestión de un territorio compartido. Un entrevistado, funcionario de un municipio de la Cuenca, afirma en relación a ACUMAR y a toda la intervención oficial: *“en general el Estado ha ido atrás del problema, no adelante, siempre respondiendo lo que la Corte pide y nunca adelantándosele. Una de las grandes falencias de ACUMAR, es una enorme incapacidad para ir adelante del problema y no corriendo detrás”*.

Beatriz Mendoza (op. cit.) aporta una mirada crítica a la gestión de ACUMAR: “no ha podido establecer prioridades, y tampoco ha realizado acciones en forma conjunta y con la misma intensidad en sus catorce líneas de acción. No han existido niveles de integración entre los componentes de su estructura, ni tampoco en los diferentes niveles de cada uno de ellos” (p. 196). De la misma manera, considera que a lo largo del período, “se generaron políticas incoherentes y respuestas bizarras para las necesidades y carencias de la población sobre la cual trabaja” (p. 197), afirmaciones que pueden considerarse válidas teniendo en cuenta que la autora es una padeciente de la problemática y sigue de cerca la Causa que lleva su nombre.

El área de salud ambiental en la Ciudad

El **programa de Salud Ambiental** fue atravesado por diferentes cambios de estructura del Ministerio de Salud. Así, por la Ley N° 1.925 de Ministerios el programa pasó a ser **Coordinación de Salud Ambiental** en el año 2007. Aunque este cambio significó un avance dentro de la estructura del Ministerio, la figura fue de un organismo fuera de nivel, lo que implicó un reflejo lábil en el organigrama.

Por tratarse de una unidad que tomaba un tema inédito en la gestión de salud, se mostraba el ingreso de una “cuestión social” a la agenda de salud de la Ciudad, aunque con peso relativo escaso, ya que el área nunca pudo ejecutar su presupuesto cuando lo tuvo, ni contó con estructura propia.

La Coordinación (CSA) sostuvo como política pública “**la disminución de la ocurrencia de enfermedades derivadas de condiciones medioambientales inapropiadas y de la carencia o deficiencia de servicios básicos y el desarrollo de programas para detectar, mensurar y controlar los factores negativos provenientes de la exposición a diversos contaminantes que signifiquen un riesgo para la salud humana**” (Ministerio de Salud de GCBA, Coordinación de Salud Ambiental, 2008). Asimismo, en el Informe de Gestión de la Coordinación del año 2008, se hace mención a una concepción sobre las políticas públicas, reconociéndolas como *el conjunto de decisiones interdependientes tomadas por las autoridades públicas en relación a los objetivos a alcanzar y a los medios para lograrlo* (cursiva en el original), identificando la decisión de no actuar frente a un problema dado, como una política en sí misma.

A lo largo de su conformación siempre estuvo constituido como equipo interdisciplinario, con integrantes que provenían de la medicina, la enfermería, la biología, las ciencias sociales y ambientales, etc. Su propósito se basaba en la necesidad de favorecer las acciones intersectoriales integradas, de modo de construir **políticas públicas saludables**³², que reconocieran a las personas como sujetos de derechos y permitieran avanzar hacia una mayor equidad, actuando sobre los determinantes sociales de salud. El área de salud ambiental se fue consolidando en el **trabajo intersectorial e interjurisdiccional** y la problemática de la CMR sirvió de motor para definir su lugar dentro del sector salud de la Ciudad.

En relación a los efectores del sistema público se propuso articular su trabajo con los distintos niveles de complejidad, con una preocupación por establecer mecanismos de comunicación entre el nivel central y el nivel local, que garantizaran el conocimiento del territorio. Las características dominantes en el sistema de salud de la Ciudad - hospitalocéntrico, con una mirada medicalizada, hacia la asistencia, con profesionales con escasa o nula capacitación en salud ambiental, que trabaja en general por consultas individuales asociadas a la enfermedad y no por problemas colectivos ligados al PSEA- hacían que no se visibilizara la problemática ambiental como una cuestión inherente a la salud. Estas características le imprimían al trabajo, según la CSA, algunos desafíos interesantes, como “**ir del daño instalado a la prevención, ir del problema individual al colectivo**”. La CSA tenía en su formulación algunos lineamientos compartidos con el

³² Una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. (OMS, 1988)

movimiento de salud colectiva latinoamericana, aun cuando su propósito estuviera centrado en la disminución de la enfermedad.

Los documentos de la Coordinación reflejan una consideración especial respecto de las acciones del primer nivel de atención constituido, básicamente, por los Centros de Salud y Acción Comunitaria (**CeSAC**). Desde la mirada de salud ambiental se desarrollaban allí iniciativas de trabajo comunitario, interdisciplinario e intersectorial motorizados por equipos locales.

Como unidad del Estado se relacionó de manera horizontal y vertical con otras unidades. Desde los inicios del área se buscó articular acciones con organismos por fuera de salud, en especial con áreas de Ambiente y Espacio Público, Instituto de Vivienda, Obras Públicas, Desarrollo Social. Su relación con estas estructuras se formalizó a través de la participación en **mesas interministeriales**, en particular integró oficialmente la comisión de salud para la CMR de la Nación, y demás mesas destinadas a la intervención en cuestiones de problemáticas de vivienda y relocalizaciones, control de roedores, gestión territorial, entre otras. Dentro del área de salud, en numerosas ocasiones contó con escaso apoyo por parte de otros organismos o vio resentido su trabajo por los cambios de estructura. En el caso de la Dirección Adjunta de Atención Primaria de la Salud, que participó en la elaboración del Programa de salud para la población de la CMR, fue disuelta a fines del año 2007 por un cambio en el organigrama del GCBA y sus funciones fueron desplazadas directamente a los efectores de salud, a través de las Regiones Sanitarias recientemente creadas y las áreas programáticas de los hospitales generales de agudos. En el marco de estas modificaciones, los efectores del primer nivel y los hospitales que se encontraban en el área de la CMR pasaron a formar parte de las Regiones Sanitarias I y II.

En el año 2010 la Coordinación, por un nuevo cambio de estructuras ministeriales, se transformó en **Departamento de Salud Ambiental**. Esto implicó la inscripción de la unidad en el organigrama del Ministerio, aunque sus intervenciones siguieron teniendo una incidencia fluctuante en las políticas públicas de la Ciudad.

Hasta aquí se han expuesto los principales actores, que de un modo u otro, han participado con sus acciones e intervenciones para poner en evidencia o aportar algún abordaje a las problemáticas de salud de la CMR. Ante la diversidad de jurisdicciones afectadas y de actores gubernamentales y no gubernamentales, cabe preguntarse si la

confluencia de todos ellos otorga a la CMR un alcance socialmente significativo. Queda abierto el interrogante si a pesar de la cantidad de actores que tomaron el asunto y lo encarnaron de modo tal de haberlo motorizado y puesto en agenda, y más allá de ellos, hay un registro de las problemáticas para el resto de las poblaciones afectadas o la sociedad en su conjunto. Resulta interesante la mirada de un actual funcionario entrevistado para este estudio, que trabajó en las problemáticas de la CMR desde el área de ambiente: *“La pregunta es si existe realmente la Cuenca Matanza Riachuelo... Si uno quiere ser más provocador puede preguntarse para quién existe la Cuenca, es decir los actores. La Cuenca no tiene actores que la signifiquen, hay muy pocos actores que hablen de la Cuenca, son muy contados... no es un territorio con significación social amplia”*.

En agenda: las problemáticas de salud se hacen visibles

La visibilización de las problemáticas de salud de la población de la CMR ha llevado un largo recorrido, que contó con varios “nudos” promotores de las políticas y acciones para su abordaje.

Para el análisis en este estudio se hace un corte temporal, considerando como eje articulador el Fallo de la CSJN de 2008 en la Causa Mendoza. Para eso se agrupan los documentos estudiados en los producidos en los inicios de la causa y sus antecedentes cercanos, hasta la sentencia (2003-2008) y los posteriores al Fallo, hasta 2015, momento en que culmina una gestión gubernamental en la Nación³³. En ese momento se produce también un cambio en la gestión de la problemática, en la que se modifican actores, intereses y fundamentalmente la política del organismo encargado de las problemáticas en torno a la CMR.

En los documentos se buscó reconstruir el proceso que llevó la situación de la CMR de ser una cuestión problematizada, vivida y denunciada por una parte de la población, a ser incluida en la agenda pública, es decir, a integrar la serie de asuntos de carácter público, considerados y analizados por la gestión de gobierno para su intervención (Ramírez Bouchoud, op. cit.). Desde este punto se revisa el camino “a través del cual ciertos problemas o cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno” (Elder y Cobb, 1996 citado por Ramírez Bouchoud, op. cit., p. 251) y se convierten en asuntos de política pública. Al respecto, es revelador el aporte de un

³³ Presidencias de Néstor Kirchner 2003-2007, Cristina Fernández de Kirchner 2007-2011 y 2011-2015

entrevistado, funcionario de un municipio de la CMR, que sostiene: *“La institucionalidad jurídica, judicial perdón, le dio el pie a una instrumentación de política pública, a una burocracia que se estructura como organismo de administración, como ACUMAR, y entonces empieza a tomar forma y una cierta significación para ciertos entes públicos y algunos actores, pero no para el resto de la población”*. Las políticas se revelan como las respuestas de los actores –en particular, los del Estado- transformadas en decisiones y acciones sobre los problemas analizados.

La instalación de las problemáticas de la CMR y la necesidad de abordarlas desde las jurisdicciones exige una reestructuración de las formas de prevención de los daños, de promoción y de atención de la salud, que se centren en el vínculo de las condiciones del ambiente con la salud de la población. Asimismo impone un recorte haciendo foco en el trabajo territorial, allí donde transcurre el proceso de salud-enfermedad-atención.

Hasta llegar a la sentencia definitiva (2003-2008)

Los primeros informes

Como un precedente de la instalación del tema en la agenda pública, el documento que la Asociación de Vecinos de La Boca presenta a la Defensoría del Pueblo de la Nación en el año 2002, coloca la **contaminación** como eje de la problemática.

Con el título **de SOS Riachuelo**, la **AVLB** despliega un detalle de la situación de la CMR, haciendo referencias a salud en primer lugar a través de un listado de sustancias tóxicas presentes en el río y la ribera, y señalando que las mismas provocan daños a la salud concretos: “neurológicos, renales, gastroenterológicos, neumonológicos, oftalmológicos, dermatológicos, orl³⁴, cánceres, malformaciones, etc.”. El documento señala múltiples causas que impactan en la salud a través de la morbilidad y la muerte, como: “la combinación de venenos, penumbra, humedad, suciedad y miseria” y el **abandono del Estado** como un “delito de violación de los deberes de funcionario público”.

En este como en otros documentos iniciales, en el arribo de las problemáticas de la CMR a la agenda pública, se identifica la mirada desde el daño producido por los contaminantes y la degradación ambiental en los organismos de los pobladores. El énfasis puesto en estas variables va disminuyendo a lo largo del proceso estudiado, dando cuenta del ciclo vital de la cuestión social y de la política pública que la aborda.

³⁴ Se entiende como la referencia a impactos otorrinolaringológicos.

El Informe de la DPN del año 2003 es destacado como un hito en el abordaje de la CMR (Merlinsky, 2013), porque incorpora cuestiones de salud de la población a la situación de deterioro ambiental, a partir de la reunión de diferentes actores: Estado, organizaciones sociales y academia. Además de la DPN y la Defensoría Adjunta de la Ciudad de Buenos Aires, son autores del documento la AVL, el CELS, la FARN, la Fundación Ciudad, la Asociación Poder Ciudadano y la Universidad Tecnológica Nacional. En el informe se realiza un diagnóstico de situación y se proponen líneas de acción, a fin de sanear el ambiente y preservar la salud de la población. La información vertida hace referencia al ámbito general del área de la CMR, pero detalla las actuaciones de la DPC de Buenos Aires. En palabras de un entrevistado, referente de una asociación: *“junto con el Defensor del Pueblo empezamos la cuestión más parecida al proceso actual: los informes diagnósticos que llevaron muchos años, recopilamos mucha información y encontramos todos los actores”*.

A la presencia de contaminantes se agregan otros peligros ambientales, como la proliferación de roedores en zonas cercanas a las viviendas y sus riesgos para la salud. El listado de contaminantes es extenso y se atribuye a los **vuelcos sin control** que efectuaban las industrias emplazadas a lo largo de la ribera del Matanza Riachuelo – organoclorados, mercurio, plomo, cromo, arsénico, BTX³⁵, hidrocarburos, materiales orgánicos en suspensión, detergentes, entre otros. Se suma a esta lista la presencia de nitratos y nitritos³⁶ en las aguas subterráneas. Las vías de exposición se reconocen en la presencia de contaminantes en leche materna, en la ingesta de peces, otros animales y frutales bajo riego y por “inhalación de aguas contaminadas”. En este último caso, no se explicita el mecanismo por el cual el agua del Riachuelo es inhalada.

Una mirada que contrasta la preocupación casi exclusiva por la contaminación del agua, la aporta el entrevistado, funcionario municipal: *“no creo que el problema de la salud ambiental esté determinado solo por la calidad del agua, aunque éste sea un factor que seguramente debe incidir en la población ribereña... la mirada es a la cuenca, que es el territorio”*.

También se presenta la **recomendación** dirigida al Ministerio de Salud de la Nación para que desarrolle un **estudio de la salud** “del núcleo poblacional lindante a la ribera de la Cuenca Hídrica Matanza- Riachuelo (en especial, menores de edad) de tóxicos ambientales” para determinar la presencia de enfermedades y/o patologías cuyas causas

³⁵ Benceno, tolueno y xileno.

³⁶ Tales contaminantes se hallan presentes en los desechos líquidos y semi-sólidos domiciliarios, en los restos de fertilizantes y otros insumos utilizados en la agroindustria.

tengan relación con la contaminación. Este pedido, que reitera anteriores, genera una respuesta crítica: el organismo encargado, manifestó que *“el Departamento de Salud Ambiental y el Programa de Prevención y Control de las Intoxicaciones de esta Dirección no cuentan con antecedentes técnicos respecto de la situación sanitario-ambiental del río Matanza Riachuelo por cuanto no ha intervenido en acción alguna de evaluación del mismo ni de los efectos y/o impacto que produce en su zona de influencia”* (cursiva en el original). Una entrevistada, referente de un organismo estatal lo explicaba: *“si había en el aire, en el agua, en el suelo contaminantes, entonces no había que esperar a tener niñas, niños, embarazadas contaminados con ese contaminante, por ejemplo plomo o benceno o, no sólo contaminados sino con algún cáncer varios años después”*. Las diferencias y conflictos entre unidades del Estado se basan en la relativa autonomía de cada una y en criterios diversos y opuestos respecto de cómo abordar las problemáticas.

Sin embargo, podría haberse considerado si no era posible actuar desde la prevención a la vez que se avanzaba en un análisis de situación de salud, que hubiera permitido en ese momento encarar el abordaje de la cuestión sanitaria con información certera, para visibilizar las condiciones de vida, aportar argumentos que aceleraran las acciones de saneamiento de la Cuenca, etc. Todo esto, sin perjuicio de la necesaria urgencia para comenzar a actuar frente a las deterioradas condiciones de vida en la zona.

Es importante señalar que, según el Informe de DPN, **no existían datos confiables y comparables** entre sí y las estadísticas de salud de los municipios involucrados se realizaban con criterios dispares. Este señalamiento se repite en otros documentos, así como en las sentencias de la CSJN, como una falencia importante de parte de las jurisdicciones.

En el informe además se cuestiona la posibilidad de **atribuibilidad de patologías** a los contaminantes, dado que no es posible identificar la relación causa-efecto en estos casos, porque se trata de situaciones estructurales y colectivas que derivan en daños a la salud. Esta idea es recuperada por una de las entrevistadas, referente de un organismo estatal, para quien *“el argumento de la imposibilidad de atribuir un efecto directo a una sustancia, y por lo tanto implementar las medidas adecuadas para disminuir el riesgo, se desarma con el principio precautorio”*. Este principio, consolidado y difundido a partir de la I Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente (Río de Janeiro, 1992), afirma que “cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la falta de información o certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces,

para evitar el daño a la salud humana e impedir la degradación del medio ambiente”. El principio se sostiene a lo largo de la causa en particular por el área de salud de la Ciudad, apoyando la iniciativa de tomar las medidas necesarias para reparar el daño al ambiente.

Sin embargo, la mayoría de los contaminantes hallados en la CMR están identificados y sus impactos en la salud han sido estudiados. Por esta razón debería revisarse si es necesario esgrimir el principio precautorio o sería pertinente invocar el principio de prevención³⁷ presente en la Ley General del Ambiente. Lo que sí queda oculto o no puede definirse, es la interacción entre los contaminantes y su efecto potenciado sobre situaciones de pobreza, accesibilidad obstaculizada a los recursos de salud y las propias estrategias de la comunidad para afrontar sus PSEA.

El documento de la DPN también enuncia la conceptualización de las situaciones de salud-enfermedad en el marco de la salud ambiental, entendiendo el ambiente en un sentido amplio, que incluye aspectos culturales, sociales, económicos y políticos.

En el Informe de Seguimiento (2005) presentado luego de la entrada de la demanda de los vecinos en la CSJN, se reiteran las descripciones de la situación socioambiental de la CMR y las consideraciones respecto del incumplimiento de derechos, así como la ausencia de planificación de acciones y de coordinación entre las áreas de salud y de ambiente.

En lo que respecta a salud se destaca la necesidad de la generación de información y se subraya la iniciativa del Programa de Salud Ambiental de la CABA y el Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich, donde se había creado el Comité Técnico Comunitario de Salud Ambiental. Es importante señalar que este Comité nunca fue reconocido oficialmente por la Secretaría de Salud, por lo cual no le fue otorgado presupuesto específico ni personal a cargo.

El informe retoma la idea de la Secretaría de Salud de que *“se puede estimar la carga de morbilidad provocada por enfermedades con el ambiente y todas ellas prevenibles, como por ejemplo, la diarrea, las enfermedades transmitidas por vectores, las enfermedades respiratorias agudas, etc.”* (cursiva en el original).

Tanto este informe, como el SOS de la AVL B, la demanda de los vecinos de Villa Inflamable y la posterior declaración de competencia en el tema de parte de la CSJN, evidencian el pasaje de la situación de la CMR, de una cuestión de deterioro ambiental a una problemática de salud pública, colectiva y ambiental.

³⁷ El principio de prevención se aplica en el supuesto que el riesgo de una sustancia o procedimiento está comprobado, pero se acepta un nivel acordado respecto del mismo.

La demanda de los vecinos

La demanda ante la CSJN de los **vecinos y trabajadores de Villa Inflamable** que da origen a la Causa Mendoza se centra fundamentalmente en los daños a la salud y en la necesidad de reparación del daño ambiental. Como se vio más arriba, las observaciones en los niños y las vivencias compartidas por trabajadores de la unidad sanitaria local, los llevaron a asesorarse con abogados. A partir de allí un estudio elaboró la demanda, en la que era importante la solicitud de realización de un relevamiento actualizado de impactos de tóxicos ambientales sobre la población de la Cuenca, con el objeto de detectar las enfermedades y/o patologías que guarden una relación directa con la contaminación y que se disponga su atención médica inmediata.

La demanda, que había sido presentada en 2001 y fue retenida hasta 2004, estuvo dirigida a las jurisdicciones involucradas: la Nación, la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires, más 44 empresas afincadas en el área, y tenía por objeto el resarcimiento de los daños personales ocasionados como consecuencia de la contaminación y la recomposición del medio ambiente. Este es uno de los principales nudos de la cuestión social CMR, que lleva el problema del deterioro ambiental hacia un problema de daño a la salud, imprimiendo un carácter más complejo y multidimensional a su abordaje. Produjo además consecuencias sobre la identificación de responsabilidades y derechos vulnerados de diversos actores y la organización de respuestas a cargo de unidades del Estado.

El primer fallo de la CSJN

El primer fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en junio de 2006, en respuesta a la demanda de los vecinos, declaró la competencia original del Tribunal en materia ambiental. Para la Corte, su competencia comprendía el daño colectivo, concerniente a la prevención, recomposición y el resarcimiento del deterioro ambiental, mientras que las demandas de carácter individual debían tramitarse por vías judiciales en otras instancias. Según la entrevistada, parte de los vecinos que realizan la demanda, *“rápidamente la corte se desentiende de lo individual y pasa al ámbito colectivo, y que lo individual se tramite por otra vía. Y la verdad es que nunca existió esa otra vía porque nunca un fuero, ni el*

civil ni el comercial ni el penal se quisieron hacer cargo”. El fallo ordenaba además la implementación de medidas para la inmediata atención de la salud de la población ribereña reconociendo el derecho al ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano.

Sin dudas este fallo se convierte en un hito en la cuestión CMR, ya que por primera vez la Corte declara su competencia en materia ambiental colectiva. La Causa se constituye y es aceptada por la Corte, por cuatro razones fundamentales (Merlinsky, 2018). En primer lugar porque se trata de una violación de derechos a través del daño causado por la contaminación. En segundo lugar porque hay una gran cantidad de personas involucradas en un territorio heterogéneo –las cifras varían según las fuentes y los criterios que se utilicen entre 2.000.000 y 4.600.000 personas. Por otra parte, había varias jurisdicciones de distinto nivel institucional involucradas en la Cuenca, que no coordinaban sus acciones. Por último, se trataba de un caso de largo desarrollo en el tiempo, dado que la tarea de sanear –como se denominaba en los inicios de la Causa- o de recomponer –como se concibe en los últimos años, en orden a la Ley General del Ambiente- implican acciones de larga duración.

En los años siguientes se realizaron audiencias públicas ante la Corte en las que comparecieron representantes de los poderes ejecutivos nacional, provincial y de la Ciudad de Buenos Aires, los 14 Municipios, el Cuerpo Colegiado, y las empresas demandadas originariamente, hasta noviembre de 2007. Estas audiencias tuvieron diversos fines, como informar los avances y el estado de elaboración o ejecución de acciones, exponer los argumentos de las contestaciones de demanda, entre otras.

En materia de salud, la Corte dispuso en los sucesivos fallos, la planificación y la intervención de las jurisdicciones para generar información acerca del impacto del deterioro ambiental sobre la salud; implementar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y la atención de las situaciones de salud-enfermedad con carácter de urgente.

El primer PISA

En este marco, las jurisdicciones involucradas presentaron en agosto de 2006 el **Plan Integral de Saneamiento Ambiental de la Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo (PISA)**. En su Resumen Ejecutivo se señala como objetivo facilitar información sumaria sobre la situación actual de la Cuenca y el marco estratégico de intervención para su

saneamiento progresivo e integral. Además se presentó la decisión de creación de la Autoridad de Cuenca, detallando su composición y funciones.

En el eje social se incorpora una definición territorial de las zonas de alto riesgo, surgidas de la superposición de tres mapas: el mapa de la pobreza, el mapa de las inundaciones y el mapa de la radicación de industrias de alto impacto ambiental. Esta superposición determina la exposición “desproporcionada” de la población a los efectos de la degradación ambiental, en lo que podemos denominar injusticia ambiental, ya que su mayor vulnerabilidad radica en “la imposibilidad de mitigar los efectos nocivos de la contaminación” según el propio Plan.

En el Plan, **el eje de acción es priorizar la intervención integral del Estado en estas áreas, especialmente en lo que se refiere a la atención primaria en salud - incluyendo nutrición-, la limpieza de las áreas habitables y el acceso a agua segura.**

Respecto de salud, se define un escenario futuro para toda la Cuenca a partir de líneas estratégicas:

1. La Vigilancia Epidemiológica, como dispositivo de conocimiento y seguimiento de la detección temprana de patologías con compromiso ambiental y su monitoreo;
2. La capacitación del equipo de salud, como la garantía de un abordaje integral a los problemas de salud de la población;
3. La normalización, equipamiento tecnológico y ordenamiento operativo de la red de servicios de salud del Sistema;
4. La comunicación social, el fomento de la defensa de los derechos individuales y colectivos y la participación activa en la sensibilización e implementación de acciones como pilares de la ciudadanía y de construcción de un consenso para el enfrentamiento de los aspectos más visibles de la inequidad.

Esas líneas se detallan luego en acciones, que incluyen análisis periódicos de salud local, Vigilancia Epidemiológica de diferentes eventos; capacitaciones; identificación y coordinación de servicios médicos; Unidades Pediátricas Ambientales del GCBA; protocolos, comunicación social; entre otras.

La pericia de la UBA

Cuando se presenta el PISA, la CSJN requiere la participación de la UBA para evaluar su contenido. Es así que la Universidad elabora el **Informe Pericial sobre el PISA del año 2006.**

Una de las principales consideraciones del Informe es que la falta de precisión en la información cuantitativa y cualitativa sobre contaminantes, “no permite efectuar una correcta evaluación de la situación real y especialmente del impacto sobre la salud de la población aledaña”. Sobre la base de esta carencia, los peritos estiman que no es adecuado **“proponer programas de monitoreo biológico para evaluar la salud de la población ya que se desconoce con certeza los probables contaminantes y las fuentes de exposición (aire, agua y suelo)”**. Asimismo, el informe objeta el argumento del escaso número de sustancias con evaluación toxicológica completa como una limitación para evaluar la salud poblacional, ya que existe bibliografía internacional sobre las sustancias implicadas, que podrían aportar la información necesaria para actuar.

El énfasis de este y otros documentos en los contaminantes y sus efectos evidencia una relación entre el ambiente y la salud focalizada en el daño toxicológico y en la multiplicidad de fuentes que tienen impactos en la salud, desde una mirada biomédica. El enfoque tampoco pareciera tener en cuenta la determinación social ni la trama de los determinantes de salud que interactúan en las condiciones de vida de las comunidades y las familias.

El Informe de la UBA observa también que las acciones enunciadas en el Plan son desarrolladas en lo cotidiano por los Centros de Salud por lo cual no se trataba de actividades específicamente desarrolladas para satisfacer las necesidades sanitarias de la zona. Las Guías de Relevamiento de Salud Ambiental para el diagnóstico de situación en la CABA, la creación de unidades pediátricas ambientales en hospitales, la vigilancia epidemiológica de enfermedades prevalentes atribuibles a saneamiento básico insatisfecho o contaminación atmosférica, son consideradas prácticas de servicios de salud no dirigidas exclusivamente a la Cuenca.

En cambio, se destacan los proyectos con acciones focalizadas para el tratamiento de la población de la Cuenca Matanza-Riachuelo, como la unidad centinela del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich, destinada al estudio de pacientes con leucemias relacionadas con benceno.

Por otra parte, según el Informe pericial, se proponen acciones específicas que solo se restringen a la capacitación básica en salud ambiental y en epidemiología. Se considera necesario realizar un **censo sociodemográfico** inicial, una **encuesta de factores ambientales de riesgo** y la **búsqueda domiciliaria** de personas afectadas por daños que

puedan vincularse a contaminantes, en especial, mujeres en edad reproductiva y niños menores de 2 años.

La Ciudad atiende la Cuenca

Por la misma época, en la Ciudad de Buenos Aires, la Ley N° 1.939 impulsa la realización de un estudio epidemiológico en los barrios aledaños a Dock Sud, es decir a los habitantes de La Boca, Barracas, San Telmo y Puerto Madero, vinculado a la contaminación ambiental, para determinar si se encuentran afectados por el conglomerado industrial.

La Ley ordena la creación de un registro sobre casos de enfermedades vinculadas con la contaminación y establece la incorporación de una historia ecotoxicológica a la historia clínica de cada paciente. Del mismo modo promueve la coordinación de las intervenciones desde las áreas de salud y ambiente. La Ley no se reglamenta, pero constituye un antecedente para las leyes que tendrán como objeto el área de la CMR.

También en el año 2006, la Ley N° 2.057 establece por el término de cinco (5) años la emergencia ambiental y sanitaria de la Cuenca. Entre sus iniciativas destacables se encuentra la obligación de realizar un censo habitacional en la ribera del Riachuelo, y brindar atención médica integral a los afectados, garantizando el acceso a los servicios de salud y medicamentos. La ley también establece el deber de desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud y formar Centros de Salud Ambiental, en los hospitales de la Cuenca, así como la creación de una Comisión por el Riachuelo, de la que formaría parte un representante del sector salud³⁸.

Para el año 2007, la Secretaría de Salud elabora el Programa para la población de la CMR, que articula las acciones de diferentes unidades del sector: Coordinación de Salud Ambiental, Dirección General Adjunta Atención Primaria de salud, Departamento de Epidemiología, Dirección de Estadística en Salud, Instituto de Zoonosis L. Pasteur. La entrevistada referente de una unidad estatal de la Ciudad lo define: *“armamos aquel programa entendiendo que podía instalarse como una política pública saludable por la magnitud, por la necesidad de que fuera tomado por distintas áreas del Ministerio o Secretaría y convocamos a Centros de Salud, a Epidemiología, a Estadísticas en Salud; a distintas áreas”*. El programa se organizó en base a una matriz de marco lógico, a partir de 8 componentes: atención de la salud-enfermedad, promoción de la salud, capacitación, gestión intersectorial, materiales

³⁸ Esta ley es derogada por la Ley N° 3947 en el año 2011, que declara la emergencia social urbanística ambiental y sanitaria - sector CABA – de la Cuenca Matanza Riachuelo.

educativos, epidemiología, sistemas de información, recursos físicos y estructura, que no fueron ejecutados de manera completa. Según la entrevistada fue impulsado *“pero no tomado formalmente, estructuralmente, porque estaba vaciado de presupuesto, no tenía presupuesto propio”*. Como característica notable, el programa tomaba, según la entrevistada *“todas las comunas, o sea, la comuna completa porque entendíamos que la situación o las condiciones de vida de la gente viviendo a una cuadra de las orillas del Riachuelo o a cinco, si eran asentamientos o villas de emergencia, eran las mismas: con saneamiento básico insatisfecho, con riesgos de exposición química”* y, por otro lado, *“la cuestión de la intersectorialidad y de la interjurisdiccionalidad tuvo muchísimo que ver, entendiendo que los problemas de salud de esa población, en general, eran el efecto de otros sectores”*.

Asimismo, se recomienda a los efectores de salud, en particular a los entonces CeSAC, la incorporación de controles de salud y seguimiento de niños y niñas con valores de plumbemia³⁹ superiores a los de referencia, así como acciones de educación para la salud sobre cuidados de alimentación e higiene, para disminuir los riesgos de la exposición al plomo.

Un obstáculo que referencian los entrevistados es la falta de formación de los profesionales en salud ambiental y la dificultad para incorporar nuevas informaciones en la modalidad de gestión de los efectores locales. Durante el año 2007, la ACUMAR financió para los trabajadores de la CABA, un Curso de postgrado en las problemáticas de salud de la CMR, que se realizó de manera conjunta entre la Coordinación de Salud Ambiental y la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA. Una entrevistada, ex coordinadora de un organismo de la Ciudad, lo presenta de esta manera: (ACUMAR) *“contempló lo que tenía que ver con capacitación en el entendimiento que los equipos de salud no recibían capacitación en temas de salud y ambiente. Si bien, desde mi punto de vista, se focalizó básicamente en la cuestión toxicológica o contaminación, que no era menor, pero no es excluyente de problemas mucho más prevalentes que tenían que ver con las condiciones de vida”*. Esta capacitación se continuó a lo largo de los años con diferentes modalidades desde Salud Ambiental.

Desde los inicios de la instalación de la salud ambiental en la Ciudad, el área desarrolló herramientas para acercarse a la situación de salud en relación con el determinante ambiente. Una de las herramientas más importantes fue la Guía de

³⁹ Por los daños comprobables a la salud y la disponibilidad de métodos de diagnóstico, la presencia de plomo en sangre se constituyó en uno de los indicadores más usado en los análisis de salud de la población de la CMR.

Relevamiento de Salud Ambiental⁴⁰, que registra las condiciones medioambientales detectando riesgos para la salud de la población, especialmente en grupos vulnerables, y gestionar información para distintos sectores de gobierno. Este instrumento se administraba en conjunto con el equipo de salud local y referentes de los pobladores de cada barrio o sector relevado.

Hacia 2007, en el marco de la CSA se crea el **Programa de Salud Ambiental Infantil**, que acordaba la incorporación de cuestiones ambientales en la atención de niños y niñas, específicamente en hospitales pediátricos de la Ciudad. El programa trabajó en el diseño, promoción e incorporación en las historias clínicas de la hoja pediátrica de pesquisa del riesgo ambiental (HoPed) en diferentes hospitales y CeSAC de la Ciudad. En un comienzo el propósito era que la hoja pediátrica se incluyera en la atención de niños y niñas, pero se estableció con una aplicación específica por interés particular de los efectores o para estudios epidemiológicos.

La sentencia de la CSJN

El 8 de julio de 2008, la CSJN emite una sentencia que apunta a organizar el abordaje del **saneamiento integral de la CMR**. El fallo, que ha sido ponderado en distintos análisis jurídicos (Nápoli y Essain, 2008; Coria, 2012) ordena al **Estado Nacional, a la Provincia de Buenos Aires, a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y al Consejo Federal de Medio Ambiente** a presentar un plan integrado de abordaje de la situación socioambiental.

La sentencia detalla tres objetivos simultáneos que debe perseguir el Plan: **la mejora de calidad de vida de los habitantes de la cuenca; la recomposición del ambiente en la cuenca en todos sus componentes (agua, aire y suelos) y la prevención de daños con suficiente y razonable grado de predicción**. Además, especifica que para medir el **nivel de cumplimiento** de esos objetivos la Autoridad de Cuenca deberá adoptar alguno de los sistemas internacionales de medición.

Respecto del Plan Sanitario de Emergencia en particular, requiere:

1) la realización de un mapa sociodemográfico y encuestas de factores ambientales de riesgo para contar con un diagnóstico de base de enfermedades producidas por la contaminación del aire, suelo y agua, y un sistema de seguimiento de

⁴⁰ Conocida como GReSAm.

los casos detectados para verificar la prevalencia y supervivencia de las patologías; elaborar un Sistema de Registro y Base de Datos de acceso público de las patologías detectadas y especificar las medidas de vigilancia epidemiológica adoptadas en la zona de emergencia.

2) elaborar y poner en ejecución programas sanitarios específicos, para satisfacer las necesidades de la población de la Cuenca.

Es importante destacar que la Corte también ordena dar una **solución habitacional** a las personas que viven en situaciones precarias en la zona. La sentencia de 2008 incluyó la cuestión habitacional con el objetivo de mejorar la calidad de vida, y la generación de información sobre los avances en la **reurbanización de villas y asentamientos precarios**, que ACUMAR había incluido en un convenio con el Programa Federal de Construcción de Viviendas⁴¹. Del mismo modo, la Corte ordenó implementar medidas para erradicar las viviendas localizadas sobre basurales y evitar nuevos asentamientos.

Con estas órdenes, la CSJN establece las líneas sobre las cuales el Estado deberá **diseñar las políticas públicas**, marcando la necesidad del conocimiento del estado de situación y la puesta en marcha de medidas que atiendan las situaciones de salud-enfermedad de la población. De este modo, el fallo se constituye en uno de los nudos de las políticas públicas porque impone condiciones inéditas de abordaje de la CMR.

En relación a las mandas de la Corte en el PISA 2010, **ACUMAR se referencia como ente a cargo de la coordinación de esfuerzos interinstitucionales, en la labor de “construcción de una nueva institucionalidad”**, rediseñando sus acciones con alcance para todo el territorio de la Cuenca, pero le señala a la Justicia, **que si bien ha planteado qué se debe hacer, será el poder ejecutivo quien indique cómo y cuándo se realizarán las acciones dentro de sus posibilidades**.

En el fallo, la Corte acepta la intervención del Defensor del Pueblo de la Nación como tercero, al igual que la FARN; Greenpeace Argentina; el CELS y la AVL B, constituyendo el Cuerpo Colegiado, que tendrá a cargo la representación de la participación ciudadana en el seguimiento de la Causa. Posteriormente será incluida la Asociación Ciudadana por los Derechos Humanos.

Vemos que, en tanto actores en esta cuestión, integran el CC aquellos que tuvieron más peso por haber estado integrados al inicio del proceso en el trabajo común

⁴¹ A cargo del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios del Gobierno Nacional

con la DPN, siguiendo con “las acciones de control de gestión de la política pública que ya venían haciendo estas organizaciones” y que ganan “impulso renovado en los estrados del tribunal” (Merlinsky, 2013, p. 104).

En este fallo histórico, se delega en un juez federal el seguimiento del cumplimiento de las mandas y la realización de audiencias periódicas donde se exponen los avances y se indican los ajustes necesarios. El Dr. Luis Armella, fue el encargado durante más de 3 años, de la implementación de las órdenes dictadas por la Corte y el control cotidiano del avance en las diferentes áreas del saneamiento, incluida la salud.

A partir del Fallo Mendoza

El PISA 2010

El **Plan Integral de Saneamiento Ambiental** fue presentado de manera completa hacia principios de 2010 y se constituyó en el **plan maestro** que guió las acciones de ACUMAR y las jurisdicciones involucradas. Si bien se trató de una planificación flexible, sirvió de base para la acción hasta su reformulación en 2016. Su antecedente cercano fue el Plan Integral para la Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo, del 2006, evaluado por la UBA.

Una primera cuestión a destacar es que se trató de una **formulación de política pública** que involucró la participación técnica de más de 200 profesionales de unidades de distinto rango dentro de las jurisdicciones, con la coordinación de una unidad de la administración nacional, a instancias de la Corte Suprema, como un actor organizador que traccionó la construcción conjunta.

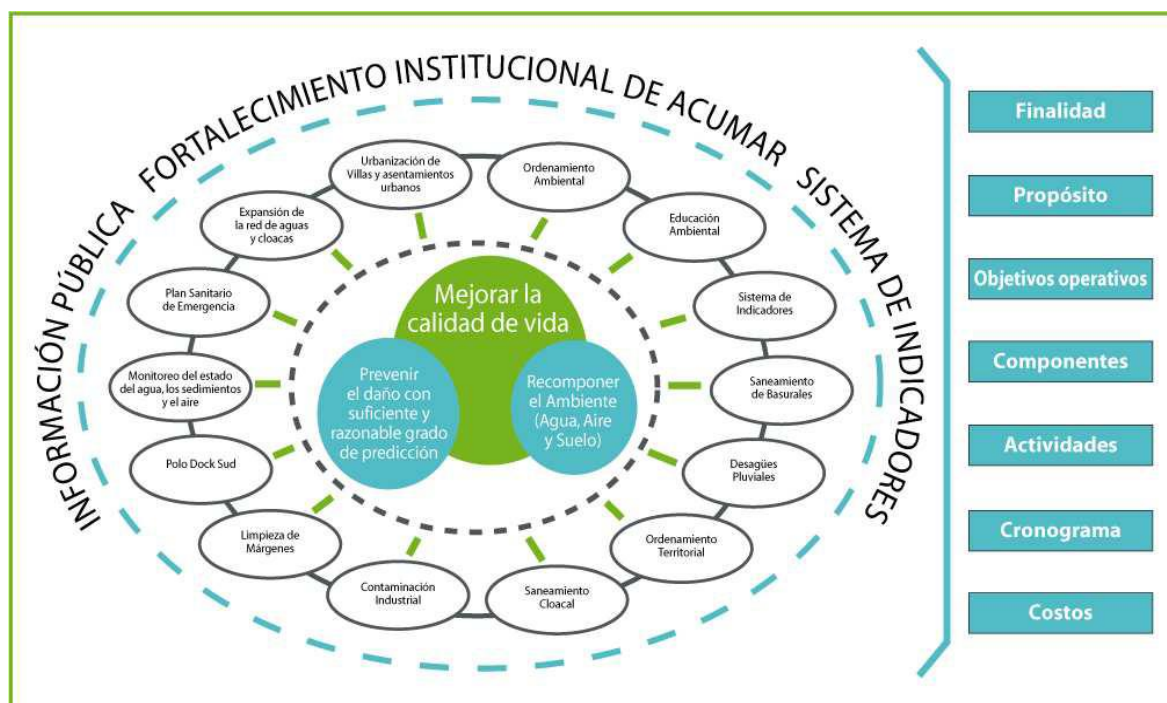
El documento del Plan, de más de 700 páginas, reúne las acciones desarrolladas por las distintas áreas hasta 2009, organizadas en 14 componentes, y la planificación de las mismas con su finalidad, propósitos, objetivos, actividades, cronograma y costos. En este sentido, fue señalado en su propia presentación como una herramienta de gestión que permitiera un accionar coordinado.

Es importante destacar que se propuso una tarea más allá de las acciones “encaminadas a cumplir con las exigencias impuestas por la ejecución de la sentencia de la Corte”, es decir que las políticas diseñadas por las jurisdicciones apuntaron a instalarse como propias de un modo de hacer en el territorio, trascendiendo los objetivos de la causa judicial.

En el documento se plantean acciones alineadas con los Objetivos del Milenio (ODM), que orientan la gestión a la “disminución de índices negativos en rubros que van desde el género y la situación maternal, la salud, la sustentabilidad, la pobreza, la disminución de la mortalidad, del sida y otras enfermedades, el hambre, hasta la educación primaria”, es decir, más allá de las problemáticas del deterioro ambiental y sus consecuencias.

El plan señala como beneficiarios inmediatos a los habitantes de la Cuenca e incluye los pobladores que serán beneficiados de manera indirecta, por habitar en zonas aledañas.

Gráfico 2: Componentes del Plan de Saneamiento integral para la CMR - 2010



Fuente: ACUMAR - Plan Integral de Sanemiento Ambiental de la Cuenca Matanza Riachuelo - Actualización Marzo 2010

La formulación del Plan utiliza como herramienta la matriz de marco lógico, que sistematiza “las actividades planificadas identificando recursos, responsables, indicadores y plazos”.

Entre las mandas y líneas de acción, nos centramos en revisar particularmente el Plan Sanitario de Emergencia, que ya había sido formulado y reformulado en 2009. El mismo se organizó a partir de cuatro ejes:

1. **Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental (VigEA).** Dado que el sistema hasta ese momento registraba principalmente enfermedades transmisibles, fue necesario desarrollar instrumentos para incluir problemas de salud-enfermedad ligados a la exposición a contaminantes químicos en la vigilancia. Este avance fue significativo para que el registro se ampliara a las situaciones de deterioro ambiental y su impacto en la salud en otras locaciones del país.

Para este eje o componente ACUMAR buscó reforzar el sistema de información existente a partir de **nodos de vigilancia**. Los mismos se insertaron en los municipios y la CABA y se esperaba que contaran con equipos de salud en el territorio preparados para detectar y registrar estas problemáticas. Asimismo se ordenó la notificación de determinaciones toxicológicas a través del Sistema de Vigilancia de Laboratorios (SIVILA) y la implementación de la Red de Laboratorios Toxicológicos, contando con Protocolos para esas situaciones.

También en este componente se destaca la inclusión de los compuestos que formarían parte de la vigilancia epidemiológica, y la planificación de los relevamientos nutricionales, toxicológicos y de desarrollo infantil.

El DSA desde la Ciudad, colaboró en el armado de este eje en la jurisdicción particularmente con la convocatoria, la selección y la capacitación de tres data entries, que desarrollaron sus tareas en los cuatro hospitales locales del área de la Cuenca entre 2011 y 2015.

2. **Red de servicios de salud** para la población de la CMR. Este componente se apoyó fundamentalmente en la inclusión de profesionales del Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación⁴², que trabajaban en el territorio. La propuesta implicó la formulación de acuerdos para la coordinación entre las jurisdicciones.

3. **Equipos de salud vinculados al cuidado y atención de las diferentes patologías** prevalentes en la jurisdicción. Los ejes 1 y 2 involucraban la capacitación de los equipos locales en prevención, diagnóstico y tratamiento de las problemáticas de salud-enfermedad en relación con el daño ambiental, con un enfoque en lo toxicológico, como característica distintiva. En este eje también colaboró el DSA, participando en las

42 El Programa Médicos Comunitarios (PMC) fue un Programa de formación de recursos humanos en salud creado en 2004 por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del Plan Federal de Salud. Atravesó varios cambios en su organización y estructura. En agosto de 2018 se conoce como Programa de Equipos Comunitarios, de Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/equiposcomunitarios>

capacitaciones para los trabajadores locales. Asimismo desde este eje se propuso la instalación de Unidades Sanitarias Ambientales en el territorio, de acuerdo con el diagnóstico de necesidades de asistencia que hicieran las jurisdicciones.

4. Mecanismos de **concientización en la población de la CMR**, que permitieran la creación de ambientes saludables y sustentables. Este eje se presentó en articulación con el Componente de Educación del PISA, para el desarrollo del Programa de Capacitación de Promotores Ambientales Comunitarios.

Como vimos, en la CABA tenía vigencia el **Programa de Salud para la Población de la CMR** formulado en 2007, que se integró en el PSE.

En los primeros años de implementación del PSE el componente de Vigilancia epidemiológica tuvo un desarrollo muy intenso, a partir de las acciones articuladas de especialistas de las tres jurisdicciones.

El PISA ha sido sin dudas un nudo de las políticas públicas sobre la CMR, ya que nunca antes se había planificado de manera coordinada, interjurisdiccional y en distintos niveles el abordaje integral de la situación de la Cuenca. El Plan reflejó el surgimiento de ACUMAR como un espacio de articulación “de políticas y acciones a ser ejecutadas por las diferentes reparticiones”, que tenía como tarea lograr la gobernabilidad en la gestión de un territorio compartido.

En este sentido, el documento de presentación del Plan señala que “la Justicia ha planteado el qué hacer y es el Ejecutivo que indica el cómo y cuándo se realizarán las acciones dentro de sus posibilidades finitas”, en una clara definición de incumbencias y responsabilidades. También se hace referencia a la necesidad de transitar un proceso de construcción política que dé forma a la autoridad de cuenca. La misma se definió en un principio como una autoridad “con fuerte concentración de potestades, a instancia de una fuerte delegación de funciones por parte de las jurisdicciones locales”. Pero a las objeciones planteadas por las jurisdicciones en el sentido de negarse a cederle a ACUMAR competencias territoriales que les son propias, se sumaron las dificultades administrativas y del orden de lo presupuestario. Este escenario fue delineando, según el propio documento, una autoridad de cuenca entendida como un organismo mixto, “con funciones de coordinación y otras ejercidas en forma directa”.

El Cuerpo Colegiado, en este sentido, fue redireccionando sus demandas en la CSJN, para que ACUMAR se desprenda de funciones inherentes a los organismos de gestión. De esta manera lo afirma un entrevistado, referente del Cuerpo Colegiado: “*este*

es un esquema que viene desde la emergencia hacia la política pública. En la medida que vos vayás estableciendo políticas concretas y planes de acción podés ir sacando los temas que no son de tu competencia, específicamente salud y vivienda, y pasarlos a los organismos que son los que ejecutan y desde la autoridad de la Cuenca controlar el cumplimiento de los planes acordados... como un organismo de monitoreo”.

La política pública se entiende así con tres características señaladas por Aguilar (op. cit.): como una combinación de acciones estructuradas intencionalmente para resolver problemas de interés público, ejecutadas por actores gubernamentales y que forman un patrón de comportamiento de la gestión y de la sociedad.

Los relevamientos

Para continuar con el análisis de las políticas públicas se desarrollan los principales lineamientos y características de los dispositivos implementados por ACUMAR, y los Ministerios de Salud de la Nación y de la Ciudad. Entendemos al dispositivo como “un arreglo organizativo para la intervención en la realidad, en tanto combina de una manera estratégica diversos elementos, con la intencionalidad de favorecer transformaciones a partir de una situación identificada como problemática” (Fernández, 1996 citado por RIEPS, 2013, p. 12).

Los principales dispositivos orientados a producir información sobre la población fueron los relevamientos en el territorio. En total se desarrollaron tres relevamientos en este período: la **Encuesta sobre Factores Ambientales de Riesgo para la Salud (EFARS)**; la **Encuesta sobre Nutrición, Desarrollo Psicomotriz y Análisis Toxicológicos (ENUDPAT)** y la **Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR)**.

En el documento **Geografía de la salud ambiental 2008-2013** de ACUMAR, que detalla la realización de los relevamientos, se establece que para prevenir el daño con suficiente y razonable grado de predicción -objetivo estratégico del PISA- es necesario poner el énfasis en las causas de las causas que determinan la calidad de vida de los individuos. El documento cita la definición de la OMS (2008) sobre los determinantes sociales de la salud, incluyendo las respuestas dadas por el sector salud y el nivel de comprensión que los habitantes tienen de cómo las mismas “representan derechos vulnerados que deben ser restituidos por el Estado en su conjunto” (p. 7). El juez Armella

es quien promueve en la Causa Mendoza la identificación del riesgo ambiental en la salud de la población.

La **Encuesta sobre Factores Ambientales de Riesgo para la Salud (EFARS 2008)** fue el primer estudio realizado desde el Ministerio de Salud de la Nación. Su contenido, como el de los siguientes estudios, fue incluido en el Plan Integral de Saneamiento Ambiental. En particular la EFARS fue un instrumento que indagaba en la percepción del riesgo, sin evaluación clínica, administrado a una muestra de población al azar estadísticamente representativa del universo de la Cuenca. El muestreo se implementó por radio censal –según Censo 2001, elegido proporcionalmente a su tamaño poblacional -, por manzana -en general fue de 2 manzanas por radio- y por vivienda. La unidad de análisis principal era el hogar, aunque se indagó también acerca de la salud de las personas. A partir de la información producida se confeccionaron mapas, con datos a nivel de radios censales. Se relevaron 2.951 hogares en toda el área de la CMR.

Para llevar adelante el trabajo de campo fue seleccionada Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF).

Entre los principales objetivos de la EFARS se encuentran: **evaluar las situaciones y/o factores de riesgo para la salud de la población, obtener información y determinar las condiciones de riesgo y vulnerabilidad.**

La encuesta dio cuenta de los problemas existentes percibidos por la población, que son de tipo estructural y sumamente complejos y están vinculados, por un lado, con la alta incidencia de contaminantes en la región y por otro, con situaciones emergentes de las precarias condiciones de vida de gran parte de los habitantes de la Cuenca. En relación a los indicadores de riesgo de exposición ambiental, la encuesta informó que se percibían problemas en abastecimiento de agua, disposición de residuos y aire exterior a la vivienda, aire interior, características de la cuadra. Según la percepción de la propia población afectada, 96,4% de los hogares convivía con al menos uno de los factores de riesgo de exposición, lo que representaba un total de 973.196 hogares. (Ver Cuadro 1)

Los problemas de salud más frecuentemente reportados fueron los respiratorios, problemas de piel, diarreas y anemia. El 33% de los menores de 15 años presentó problemas de salud, de acuerdo con la información brindada por el jefe del hogar. (Ver Cuadro 2)

Los mapas donde se volcó la información consideraron las poblaciones más vulnerables según dos parámetros: menor de 5 años y con necesidades básicas

insatisfechas. En la Ciudad de Buenos Aires las condiciones extremas quedaron señaladas en ese momento en pequeños núcleos sobre la orilla del Riachuelo, en la comuna 4.

Cuadro 1. Proporción de hogares de la CRM en situación de riesgo ambiental o amenazas según cada uno de los factores ambientales. EFARS 2008

Amenazas ambientales	Hogares con diversas amenazas ambientales	
	Porcentaje	Nro. de hogares
Aire exterior	53,1%	516.767
Disposición de residuos	52,7%	512.874
Abastecimiento de agua	52,6%	511.901
Aire interior	43,0%	418.474
Características de la cuadra	42,2%	410.688
Fuentes fijas	41,4%	402.903
Tratamiento de excretas	22,1%	215.076

Fuente: adaptado de ACUMAR PISA 2009

Cuadro 2. Problemas de salud percibidos por la población. EFARS 2008

Problema de salud	Porcentaje de percepción
Respiratorios	11%
De la piel	7.1%
Gastrointestinales	4,4%
De anemia	2.8%

Fuente: elaboración propia en base a ACUMAR PISA 2009

La propuesta metodológica de la EFARS, diseñada como una herramienta para establecer una línea de base de exposición ambiental, **no tiene antecedentes en el país**. Como política pública se constituyó en la **primera acción para generar información sistemática y uniforme** en toda el área de estudio y comprometió a diversas unidades del Estado, interrelacionadas vertical y horizontalmente.

La información producida fue importante en ese momento, aunque probablemente hubiera sido más provechosa si se hubiera realizado observando las tres secciones de la cuenca, que presentan características más homogéneas entre sí en cuanto a situación de contaminación y población. De este modo, según una entrevistada, ex integrante de la USAM que analizó los relevamientos efectuados en la CMR, hubiese

aportado más conocimiento acerca del *“mosaico de la situación que te ofrece la Cuenca como tal, la Cuenca como área contaminada”*.

Es interesante señalar que en la presentación del siguiente estudio -la Encuesta sobre Nutrición, Desarrollo Psicomotriz y Análisis Toxicológicos- se realiza una crítica a la EFARS, por considerar que los relevamientos basados en el auto-reporte no representan una forma apropiada de generar conocimiento acerca de fuentes de contaminación y enfermedades, por su limitadas especificidad y sensibilidad. Entre otras cosas, además se señala que el cuestionario no siguió una metodología estandarizada para su elaboración, para la construcción de indicadores, ni para su validación.

No obstante, es posible reconocer que los estudios de percepción permiten generar información que orienta las búsquedas más exhaustivas y en profundidad. Cuando el diseño es riguroso y se releva un número importante de población, la información es útil y valiosa.

La Encuesta sobre Nutrición, Desarrollo Psicomotriz y Análisis Toxicológicos (ENUDPAT) fue llevada a cabo en 2010 por el Ministerio Nacional en todas las jurisdicciones de la Cuenca⁴³. Se trató de un estudio descriptivo cuali-cuantitativo observacional y de intervención, sobre la base de una encuesta por muestreo probabilístico, cuyo objetivo era conocer las condiciones de vulnerabilidad de la población infantil, a fin de planificar acciones tendientes a reducirla, estableciendo una **línea de base sobre el desarrollo psicomotor, presencia de tóxicos y evaluación diagnóstica nutricional en la población menor de 6 años**.

El universo del estudio estuvo constituido por los hogares residentes en la CMR y el objetivo era realizarlo sobre la misma muestra de la EFARS-2008, por lo cual se seleccionaron hogares con niños entre los que ya habían sido evaluados con anterioridad. La unidad de muestreo fue la vivienda y la unidad de análisis la constituyeron los niños y niñas menores de 6 años.

Según una entrevistada ex integrante de una USAM, la ENUDPAT *“trata de recuperar a los chicos que fueron evaluados en la EFARS, pero no los encuentra, de modo que utiliza reemplazos”*. Asimismo, fue necesario implementar otros criterios para incluir niños, dado que algunos de los evaluados al momento del nuevo estudio ya tenían más de 6 años y

⁴³ ACUMAR DGSA. Geografía de la Salud ambiental en el ámbito de la Cuenca Matanza Riachuelo (2008- marzo de 2014) disponible en <http://old.acumar.gob.ar/content/documents/7/3607.pdf> Última consulta 06/06/18

por otra parte, se habían registrado nuevos nacimientos desde la prueba anterior – realizada 18 meses antes. Se buscó además aplicar criterios de vulnerabilidad con una metodología que identificaba riesgo ambiental para la salud en la Cuenca, incluyendo en el marco conceptual nociones de determinantes sociales de la salud, ciclo de vida, equidad sanitaria, derecho a la salud y visión socio-ecológica⁴⁴. Las actividades de campo se realizaron en los hogares y en Unidades Móviles de Atención del Ministerio de Salud y para su implementación, se desarrolló una campaña de sensibilización en campo.

Los resultados más relevantes en el **aspecto nutricional** mostraron que el 85% de la población estudiada presentó un estado nutricional normal, el 5% del total presentó déficit de talla y el 8,6% tuvo diagnóstico de obesidad, resultados similares a la mayoría de los estudios realizados en distintas jurisdicciones y en el país, según el informe de ENUDPAT. Por otra parte, el 7% de los niños tuvieron bajo peso al nacer y el 1,5% de ellos, muy bajo peso al nacer –menos de 1500 gr.-, valor que supera las cifras del resto del país. La lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes fue del 60,42%, lo que mostraba, según el informe del estudio, que restaba avanzar mucho en ese sentido. En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación (ENNyS) de 2007 se encontró que el 50% de los niños estudiados en todo el país había incorporado alimentos al 5° mes de vida y el 25% en el 4° mes.

Según los resultados en el área nutricional, algunos de los problemas detectados en la población infantil se asociaban a variables determinantes, tales como tipo de ocupación del jefe de hogar, nivel de ingresos, escolaridad de la madre, ingesta de agua segura, ingesta de hierro, alimentación complementaria, entre otras.

En cuanto al relevamiento sobre **desarrollo psicomotor**, el porcentaje de niños detectados como sospechoso de presentar trastornos resultó ser del 25% en la Ciudad de Buenos Aires, valor menor al registrado para el resto de la CMR, pero mayor al de otros estudios (Lejarraga y otros, op. cit.). Para evaluar este componente se utilizó la **Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)**, destinada a la detección de trastornos inaparentes del desarrollo, con una alta sensibilidad y especificidad. La prueba analiza cuatro áreas: la personal social, del lenguaje y de motricidad gruesa y fina. Está destinada a realizar un tamizaje de la población en el cual aparecen casos sospechosos, si los niños no alcanzan los objetivos esperados para su edad. La responsabilidad de la evaluación final para

⁴⁴ INFORME Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Psicomotor y Análisis Toxicológico en el ámbito de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR). Grupo de trabajo 2009-2011. Ministerio de Salud de la Nación, secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable y OPS-OMS

confirmar la sospecha de retraso en el desarrollo quedó a cargo de los efectores de salud locales.

En los resultados se observa un mayor fracaso de la prueba en aquellos niños y niñas que no asisten a ninguna institución de Nivel Inicial entre los 3 y 6 años, en relación a los que sí están escolarizados. Por otro lado, el área de lenguaje aparece como la más comprometida, encontrándose en ella casi el 79% de los menores que no pasaron la prueba. Asimismo, se registra una diferencia significativa entre el porcentaje de niños varones que no tuvieron resultados satisfactorios en la prueba, en comparación con las niñas, hallazgo que es recurrente en la bibliografía especializada, según observa el informe citado. A partir de los resultados obtenidos, se buscan asociaciones con variables socioeconómicas seleccionadas, por lo que se encuentra que, por ejemplo, la ocupación del jefe de hogar no resultó tener una asociación significativa. Esta información es congruente con resultados de estudios previos, así como la referida a la situación de la pobreza y la escolaridad de la madre, que han sido determinantes asociados a la sospecha de retraso en el desarrollo, según la bibliografía citada por los responsables de la evaluación.

Estos resultados parecen enfocarse casi exclusivamente en cuestiones del hogar, no en el entorno barrial, haciendo foco en las condiciones de pobreza y en la responsabilidad de las familias. En opinión de la entrevistada ex integrante de la USAM: *“esos trabajos que en realidad están muy limitados, no son críticos en su utilización, terminan asociando la problemática de la cuenca a las condiciones de pobreza, intradomiciliarias... Las madres no estimulan a sus hijos, los hijos son pobres, cuando tengan la ayuda escolar se van a poner al día porque el sistema escolar los va a poner al día. Termina siendo un problema de los pobres. No hablás nunca de si el pibe se enferma por la chimenea de la fábrica”*.

El último componente de la ENUDPAT es el **toxicológico**, para el cual se evaluaron el plomo capilar- -mediante el analizador portable Leadcare®, arsénico, cromo, mercurio, tolueno y benceno. En el mismo se buscó determinar la presencia de riesgos para la salud y el desarrollo de los niños relacionados con la exposición a los contaminantes, para elaborar recomendaciones y sugerir intervenciones. Se realizó en base a la búsqueda de tóxicos en líquidos biológicos y a la evaluación por expertos de salud.

Si el resultado obtenido era superior a los valores de referencia, estaban indicados nuevos análisis y confirmación en los laboratorios seleccionados por ACUMAR (Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan y CENATOXA). Los tóxicos

incluidos figuran entre los seleccionados en los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de eventos relacionados con compuestos tóxicos, en el Programa Sanitario de Emergencia de 2009 en adelante.

En la CABA se evaluaron 341 niños y niñas residentes de los barrios de Villa Lugano, Liniers, Parque Chacabuco, La Boca, Barracas y Parque Avellaneda, de los cuales 20 tuvieron valores superiores a los de referencia. Estos niños fueron derivados para su seguimiento por servicios de Pediatría, para evaluación por otras especialidades y/o exámenes complementarios de laboratorio. A todos se les solicitó nuevas determinaciones de biomarcadores de exposición, siendo derivados a la Unidad de Toxicología del Hospital General de Niños P. de Elizalde.

Cuadro 3. Determinaciones de contaminantes en niños CMR CABA ENUDPAT 2010

Determinación	Niños estudiados	Niños con concentración superior a VdeR
Plomo	116	8
Arsénico	45	0
Cromo	45	0
Mercurio	45	0
Orto-cresol (tolueno)	45	2
TTMA (benceno)	45	10
Total	341	20

Fuente: Adaptado de Yanicelli, M. (2015) Coordinación General de Toxicología, Ministerio de Salud de la Nación

En cuanto a la presencia de plomo, según el informe citado, se relacionaba con la ocupación del grupo familiar más que con factores ambientales. Por otra parte se señalaba que el valor hallado para la población general de la CMR estaba por debajo del informado en otros estudios internacionales y que el riesgo de intoxicación por plomo en los niños se relacionaba habitualmente con los hábitos de conducta de ese grupo etario, además de condiciones individuales y socio-ambientales.

Respecto de los resultados para benceno, se pudo comprobar en las evaluaciones posteriores realizadas por toxicólogos, que la mayoría de los niños estudiados no habían cumplido con las indicaciones para la realización de la prueba original y que luego de esa intervención, la presencia del metabolito fue del 9% en los niños evaluados.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo encontrados en particular en las evaluaciones individuales, se realizaban recomendaciones para el entorno familiar, a fin de minimizar situaciones relacionadas a la exposición a compuestos tóxicos.

Como un componente más de la ENUDPAT se analizaron los resultados a partir de sistemas de información geográfica, ya que la misma era considerada una herramienta eficaz para caracterizar el territorio de la Cuenca. De este modo, mediante un sistema de geocodificación se obtuvieron mapas que reflejaban los distintos aspectos estudiados en la evaluación. Las situaciones más críticas para la CABA se encontraron fundamentalmente en sectores de la Comuna 4, y también en la 8 y 9.

El Departamento de Salud Ambiental (DSA) elaboró un informe detallando resultados y conclusiones para la Ciudad, particularmente para plomo, donde se evidencia que los barrios con mayor prevalencia de contaminados –es decir con plombemias capilares mayores a 5ug/dl- fueron La Boca y Barracas. El documento destaca que es importante tener en cuenta que las pruebas no permitían diagnosticar retrospectivamente el **origen de las condiciones de exposición** y riesgo, ni discriminar los impactos asociados y/o resultantes de la acumulación de esos factores de riesgo.

De los resultados del estudio, surge la pregunta acerca de la muestra, seleccionada a partir de quienes ya estaban registrados con los índices más altos de factores de riesgo, aportados por la EFARS, por lo cual no habría sumado información sobre otros pobladores de la zona. Una de las entrevistadas, ex integrante de una USAM, sostiene: *“el Fallo de la Cuenca lo que pide es que se diga de qué enferma la gente de la Cuenca, no dice de qué se enferman los pobres de la Cuenca, entonces ahí está un sesgo en evaluar a los sectores más vulnerables”*.

Por otra parte, en diferentes audiencias ante la CSJN y ante los jueces ejecutores se ha solicitado información sobre el seguimiento de niños y niñas con valores elevados para los diversos contaminantes. Sin embargo, en la Ciudad el seguimiento y la recaptación son sumamente complejos. A lo largo de los años de trabajo en la DSA, se ha podido registrar como dificultades y obstáculos para el seguimiento, entre otras razones, las mudanzas de las familias y las limitaciones que imponen las comunicaciones telefónicas. Por otra parte, algunos efectores locales no estaban apropiadamente articulados en este trabajo, por lo cual no buscaban activamente a las personas evaluadas. Asimismo, los trabajadores dedicados a estos temas eran pocos y recién comenzaban a formarse en las problemáticas.

El siguiente instrumento diseñado desde el Ministerio de Salud fue la **Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR)**. Su administración en la CABA comenzó en la Villa 21-24 en el año 2012 y al año siguiente se aplicó en la Villa 26, la Villa Luján y el asentamiento Magaldi, ubicados en la Comuna 4.

Para seleccionar el área de la Villa 21-24 que se incluiría en el estudio, se extrajeron los límites de sectores del plano realizado por el Instituto de Vivienda de la Ciudad, a partir de un Censo del año 2012. Según el informe Geografía de la Salud Ambiental 2008-2014, se asumió que la población próxima a la orilla del río presentaba los mayores niveles de riesgo, por lo cual entraron en el estudio los hogares que se hallaban dentro de los 100 metros desde la línea de la ribera.

Para los otros tres sectores incluidos en la ESIAR -Magaldi, Luján y Villa 26-, el territorio fue dividido en áreas y manzanas y se estimó el número esperable de niños a encontrar para cada uno. A partir de las áreas y manzanas se organizaron recorridos y se realizaron tareas de sensibilización. Los equipos encargados realizaron además censos de viviendas, hogares y población.

En las muestras se incluyeron como población objetivo diversas franjas etarias de población, dependiendo del tipo de intervención.

Cuadro 4. Población incluida según edades en cada intervención EISAR CMR CABA 2012-2013

Tipo de indagación	Población incluida según edades
encuesta sociodemográfica y ambiental	informante clave adulto
estudios de nutrición	niños y niñas menores de 6 años embarazadas
estudios de crecimiento y desarrollo psicomotor: PRUNAPE y cuestionario previo	niños y niñas menores de 6 años
presencia de trastornos cognitivos	adultos mayores
estudios de tóxicos en líquidos biológicos - niños/as con tóxicos por encima del valor de referencia	niños y niñas menores de 6 años - grupo familiar
examen clínico	toda la población

Fuente: elaboración propia en base a ACUMAR, Geografía de la Salud ambiental en el ámbito de la CMR (2008-2013)

A partir de esa información, se abarcaron alrededor de 3500 viviendas de los cuatro escenarios, donde se evaluó a casi 1200 niños menores de 6 años, además de embarazadas y adultos mayores.

Para la Villa 21-24 los informes sobre la evaluación dejaron claro que los resultados provenían de hogares y personas ubicadas en sectores seleccionados al momento de realización y que los mismos no podían ser extrapolados al resto de la Villa.

Por otra parte, se hacía notar que las personas que habían sido diagnosticadas con algún problema de salud o social, recibieron información de esa situación y fueron derivadas a los efectores de salud locales para su control y seguimiento, con el acuerdo previo de las autoridades de la Ciudad.

Asimismo, se explicita que cada componente realizó una descripción de los resultados obtenidos y una comparación con estudios realizados por ACUMAR en instancias previas, así como resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación (ENNyS, 2005), del Censo Nacional de 2010, UNICEF, OMS y la producción nacional e internacional en la temática.

Para informar acerca de los resultados de la evaluación, se tomaron en cuenta una serie de indicadores de determinantes sociales de salud de distintos niveles, tales como estructura y tamaño de los hogares, vivienda, educación, condición étnica y migratoria, capital social, entre otros, definidos por la propia evaluación.

Si bien el **estado nutricional** de los niños y niñas evaluados mostró resultados similares a la mayoría de los estudios realizados en el país, con valores normales superiores al 88% de la muestra, algunos resultados como la obesidad en la Villa 21-24 presentaban un aumento en su prevalencia, en comparación con estudios previos realizados por ACUMAR, y la anemia presentaba una prevalencia superior a la de ENNyS 2005. En cuanto a peso, en la Villa 21-24 se halló que el indicador para la edad, mostraba una distribución similar al patrón de referencia elaborado por OMS. En cambio, para la talla presentaba un valor inferior al patrón de referencia.

En cuanto a las embarazadas, en general presentaron peso normal y escasos controles hasta la fecha de la evaluación. Entre los adultos mayores, casi todos tuvieron diagnóstico nutricional normal, observándose en la evaluación clínica patologías con riesgo metabólico en rangos similares a los del resto del país.

La evaluación del **desarrollo psicomotor** en Villa 21-24 se realizó con toma de 2 PRUNAPE y se derivó a los efectores locales de salud el 22,4% de la población. En Villa

26, Magaldi y Luján el 64% de los niños no pasó la prueba y fue derivado a los Centros de Salud locales. Asimismo, se aplicó un cuestionario complementario que permitió relevar datos para el análisis de la relación entre el resultado de la PRUNAPE y un grupo de determinantes sociales de la salud. En base a los resultados obtenidos, se pudo inferir que la prevalencia de niños con trastornos del desarrollo es similar a la observada en los partidos del Gran Buenos Aires y a nivel nacional.

Cuando se compararon los resultados en las PRUNAPE con otras variables como bajo peso al nacer y el nacimiento pre-término se encontró que la asociación es un hallazgo común en todas las encuestas realizadas por ACUMAR y lo citado por la bibliografía. Respecto de la asociación con la presencia de altos niveles de plomo en sangre, el informe sugiere que puede deberse a que esos niños comparten otros determinantes ambientales que afectan el desarrollo.

Como otros determinantes relevantes asociados a riesgo de alteraciones en el desarrollo encontrados en la EISAR se citan además la edad, el sexo masculino, niveles bajos de educación materna, la anemia y la ausencia de algún tipo de cobertura en salud, entre otros.

En cuanto a los valores de indicadores de determinantes sociales, en el sector encuestado se observó una peor condición, comparado con valores de CABA Comuna 4 o en los partidos del Gran Buenos Aires. Esa condición se presentó en hogares donde residían los distintos grupos etarios estudiados.

Es pertinente señalar que este tipo de relevamientos produjeron cierta resistencia en los actores permanentes del sistema, dado que los investigadores provienen de grupos externos designados para esa tarea. Además los dispositivos no incluyeron la participación de los trabajadores locales en las decisiones posteriores a las pruebas. Esa participación hubiera contribuido al acompañamiento de los individuos afectados en el caso de resultados positivos en las evaluaciones o que se garantizaran los cuidados correspondientes siguiendo protocolos de atención –por ejemplo, facilitando el acceso de las familias a los centros de salud referentes. Al respecto, una entrevistada, ex-integrante de una unidad estatal de gestión de la Ciudad, afirma que para las pruebas *“Se convocó gente que incluso pudo utilizar recursos para trabajos individuales o de equipos que podían validar una prueba de desarrollo”* pero que luego *“no podían garantizar que cuando se evaluaban y surgía que algún niño o niña tenía algún problema, entre comillas, identificado por esas pruebas, pudiera tener una derivación oportuna a algún servicio de psicodiagnóstico, de psicopedagogía, de estimulación temprana”*.

De modo similar al utilizado en las ENUDPAT, para la evaluación del **estado toxicológico** se realizaron pruebas para plomo, cromo, mercurio, benceno y tolueno. Las determinaciones de plomo se hicieron en sangre capilar mediante Leadcare®, considerado una técnica de tamizaje. El análisis de los biomarcadores de exposición para el resto de los tóxicos se realizó en muestras de orina, a niños y niñas a partir de los 3 años de edad y se procesaron en los laboratorios de referencia de la red de ACUMAR.

En la Villa 21-24 el 25% de la población infantil evaluada presentó valores de plumbemia capilar mayor al valor de referencia, mientras que en Villa 26, Luján y Magaldi esa población fue del 17% para plomo. Las determinaciones de biomarcadores en orina en ambos escenarios dieron valores negativos en la mayoría de las muestras, presentando algunos casos valores superiores a los de referencia para benceno. Para plomo no se hallaron embarazadas con valores superiores a los de referencia en Magaldi, Luján y Villa 26, presentándose solo en el 2% en el sector estudiado de la Villa 21-24.

Con las familias con integrantes que tenían resultados por encima de los valores de referencia se generaron encuentros de educación para la salud, donde se brindaban recomendaciones para disminuir la exposición a contaminantes domiciliarios.

Las muestras venosas confirmatorias⁴⁵ se realizaron a menos de la mitad de los niños y niñas evaluados con valores de plumbemias mayores a los de referencia. Se acordó luego de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias, que los niños fueran derivados a la Unidad de Toxicología del Hospital P. de Elizalde para completar la evaluación clínico-toxicológica. Se realizaron 98 determinaciones de plomo confirmatorias para Villa 21-24 en el laboratorio toxicológico del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan y el 30% de las mismas tuvieron resultados dentro de los valores de referencia. En las intervenciones con los participantes se desarrollaron además recomendaciones sobre medidas necesarias para disminuir la exposición al plomo, así como para el control de la salud de los niños y embarazadas evaluadas.

En el resto de los evaluados no se realizó el estudio debido a la negativa de sus padres o porque no volvieron a consulta luego de la primera evaluación. En general se observa que muchos de los pacientes no han sido evaluados con métodos confirmatorios y no han logrado un análisis integral desde el punto de vista toxicológico. Desde la Unidad de Salud Ambiental de la CABA⁴⁶ se realizaron tareas para la recaptación de los

⁴⁵ En el caso de hallarse muestras con valores de plumbemia superiores a lo normal en sangre capilar mediante el analizador Leadcare®, se efectuaba un dosaje en sangre venosa, para su confirmación.

⁴⁶ Se describen las funciones y acciones de la Unidad de Salud Ambiental más adelante en este estudio.

pacientes, para lograr una evaluación integral e individual, pero los resultados no fueron los esperados.

Los informes acerca de la EISAR observan que la proporción de niños con niveles de biomarcadores de exposición mayores a los valores de referencia era similar a los hallados en otras zonas de la Cuenca, dado que existían condiciones socioambientales en común, que determinaban su situación de vulnerabilidad. De la misma manera también daban cuenta de recomendaciones para los efectores de salud y los distintos niveles de responsabilidad dentro del sector, a fin de mejorar las condiciones del PSEA de los pobladores.

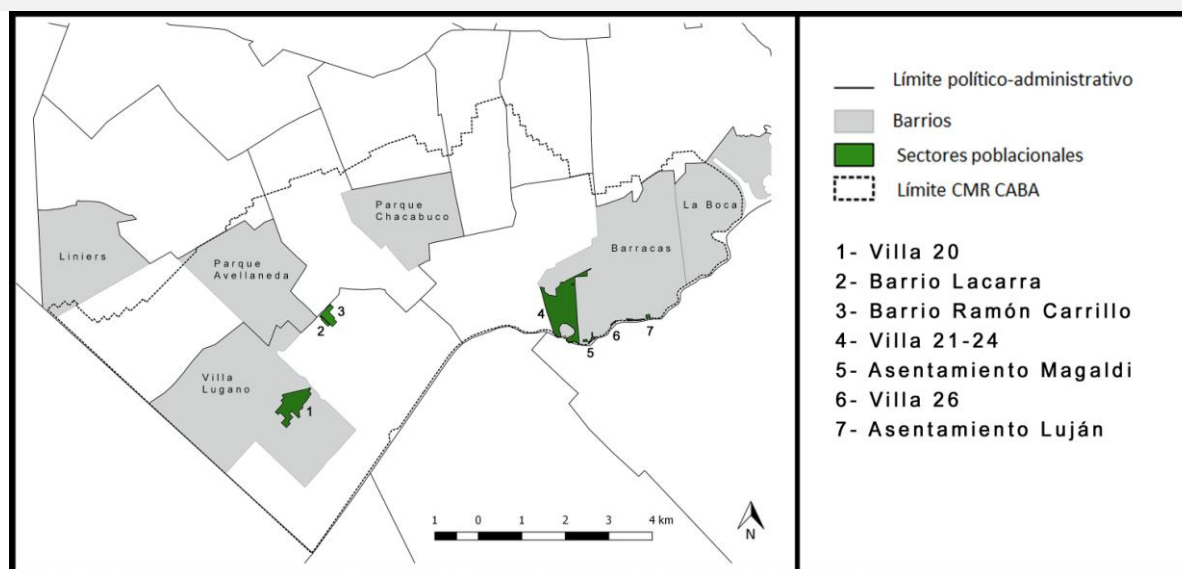
Respecto de las **evaluaciones clínicas**, en la población infantil se observó que existía alta incidencia de enfermedad respiratoria y una más alta aún de enfermedad diarreica. En la población de embarazadas se encontró un porcentaje alto de mujeres que refieren haber estado enfermas durante el embarazo. También se destaca que la mayoría de las consultas se realizan cuando el niño o niña está enfermo y que esa pauta debería ser utilizada para mejorar la atención y las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En 2013 y 2014 el Departamento de Salud Ambiental del GCBA desarrolló **intervenciones territoriales en barrios del área de la CMR**, utilizando una modalidad similar a la ENUDPAT. Junto con el ex CeSAC 18 realizó un relevamiento de niños y niñas que vivían en la Villa 20. Allí, las manzanas 28, 29 y 30 constituyen un “sector”⁴⁷ asentado sobre tierras rellenas con residuos, que luego fue usado como depósito o cementerio de autos de la Policía Federal, con la consecuente sospecha de contaminación del suelo por lixiviados. El relevamiento tenía como antecedentes una pesquisa y el seguimiento que el efector de salud y el DSA realizaron entre los años 2004 y 2009, además de diversas solicitudes para efectuar mediciones de contaminantes en suelo. En general la cantidad de niños y niñas que concurrieron a las evaluaciones y confirmaciones posteriores fue menor a la población infantil total que requería ser evaluada.

⁴⁷ El DSA ha conceptualizado el “sector” como una unidad habitacional del área de referencia (geográfico-territorial) del efector: barrio, villa, asentamiento precario (incluyendo a personas y/o comunidades que están viviendo bajo autopista, en parques), que presenta características homogéneas al interior y diferenciadas de las colindantes. Son ejemplos de sectores: casas tomadas, edificios tomados de ex fábricas, manzanas de una villa o barrio con características específicas, entre otros.

En 2014 un relevamiento del mismo tenor se organizó en los barrios Ramón Carrillo y Lacarra, del área de referencia del CeSAC 24, dado que en esos barrios se registraban antecedentes de contaminación de suelo por metales pesados⁴⁸.

Mapa 4 Barrios y sectores de CABA incluidos en relevamientos de ACUMAR



Fuente: DSA 2018

Estos relevamientos son las concreciones de políticas dirigidas a generar información y visibilizar situaciones de exposición y contaminación ambiental. En particular en los relevamientos gestionados a nivel local, aparecen como actores clave los equipos de salud que recorren el territorio y registran las situaciones de deterioro en las condiciones de vida, así como las asociaciones vecinales y los promotores de salud que participan en las convocatorias, habilitan lugares y difunden las actividades.

En cumplimiento de las mandas de la CSJN en la Causa Mendoza, estas acciones de políticas públicas responden parcialmente. La planificación no contempla cuestiones sustanciales vinculadas a la accesibilidad, como la distancia a los efectores, la falta de recursos económicos o de tiempo de las familias para trasladarse a realizar estudios y seguimiento. Por otra parte, los procedimientos de los relevamientos parecen no tener en cuenta las dificultades cotidianas de las familias, que a menudo atienden los problemas de salud -evidentes o no-, entre un cúmulo de situaciones acuciantes, o no comprenden

⁴⁸ “Estudio Epidemiológico Ambiental del Barrio Ramón Carrillo por presencia de metales pesados en el suelo. Informe de avance: resumen de la situación actual y acciones propuestas”. Año 1992. En Agencia de Protección Ambiental GCBA. Informe anual ambiental 2009. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/documents/informeanual09.pdf> Última consulta: 06/06/18

por qué es importante continuar con los estudios y derivaciones frente al impacto silencioso de los contaminantes en el cuerpo y la necesidad de actuar oportunamente ante ese impacto. Esto se refleja en las palabras de una entrevistada, integrante del grupo de vecinos demandantes: *“La verdad que el deterioro de la salud es grande, eso sumado al aumento de la pobreza, y ahí tenés otro problema grande porque a la gente deja de interesarle el problema de la contaminación, tiene otros problemas más urgentes que hacerle el estudio de plomo al chico. Se dificultan los seguimientos entonces, porque si ese día la mamá o el papá consiguió una changuita el seguimiento médico pasa a segundo plano”*.

Si estas consideraciones quedan por fuera, los resultados de las acciones son escasos y las situaciones tienden a repetirse, sin alcanzar las mejoras esperadas. Y esto se traduce en una clara vulneración de derechos por el daño que se produce en términos de salud y calidad de vida. En este sentido, Oszlak y O'Donnell (op. cit.) señalan, respecto de las tomas de posición del Estado al momento en que las unidades deben intervenir en terreno: *“la institucionalidad pública encargada de la implementación de una política con enfoque de derechos debe ser consistente con el marco normativo que sustenta este tipo de políticas”* (p. 67).

Por otra parte, los dispositivos ponen en evidencia algunas debilidades del subsector público de salud, en este caso las articulaciones entre efectores de distinto nivel para la referencia y contrareferencia o la circulación de la información entre los efectores, la población afectada, el Ministerio de Salud, ACUMAR, entre otros. Asimismo, una intervención en salud que no contempla la participación de los destinatarios y protagonistas de las acciones, disminuye las posibilidades de eficacia de las acciones y a menudo, también invisibiliza una mirada sobre la población como descuidada, desinteresada y apática. Mendoza (op.cit.) lo refiere como: *“el modelo imperante en salud, que suele simplificar los hechos, considerando y juzgando a priori que la comunidad padece de desidia y que no registra interés por su salud y elige vivir en estado de abandono, razón por la cual no asiste con regularidad al centro de salud”* (p. 182) .

Del mismo modo, hacen visible la necesidad de un trabajo intersectorial consensuado y coordinado, para que la información producida redunde en acciones eficaces en cuanto a vivienda, provisión de saneamiento básico y recursos, etc. Una entrevistada, ex coordinadora de un organismo de gestión estatal de la Ciudad, afirma en este sentido: *“se hicieron acciones como desarticuladas... Se montaron laboratorios muy importantes para la medición de metales pesados en humanos e hidrocarburos que representaron una erogación muy importante para el Estado, pero que no terminó modificando la salud de las*

personas... fueron acciones decididas por unos pocos en un escritorio que tenían muchos recursos, bajada al territorio con recursos humanos y materiales que realmente no movieron el fiel de la balanza”.

Avanzan las intervenciones en la Ciudad

Mientras la Causa Mendoza progresaba en la agenda pública, la Coordinación de Salud Ambiental trabajó en la conformación de **dispositivos** que institucionalizaran la salud ambiental en el ámbito local, con especificidad y adecuándose a los requerimientos territoriales. En este sentido, presentó proyectos para formalizar dispositivos como los equipos locales de salud ambiental, los promotores comunitarios de salud ambiental –en cada efector de salud del primer nivel- y los equipos móviles multidisciplinarios –pensados para cada una de las 4 áreas programáticas del territorio e integrados por disciplinas y especialidades vinculadas a los PSEA de la Cuenca-, incluyéndolos en las propuestas de formulación presupuestaria de los años 2008 y 2009, aunque nunca fueron aprobados.

En los primeros años de implementación del PISA, el componente de Vigilancia epidemiológica ambiental del PSE desarrollaba una intensa actividad, que involucraba entre otras acciones, el mejoramiento de los circuitos de derivación; el acompañamiento de los efectores locales para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y los nodos de la Ciudad de Buenos Aires; la elaboración de flujogramas para intoxicaciones y sospechas de contaminación, protocolos de laboratorio y referencia -contrarreferencia; incorporación de intoxicaciones como eventos de notificación obligatoria, capacitaciones a los equipos de salud de los CeSAC. Asimismo, en la Ciudad el área de epidemiología ambiental del DSA, analizaba de manera sistemática las consultas por problemas de salud que correspondían a códigos específicos del Sistema de Información de los Centros de Salud (SICeSAC) relacionados con factores ambientales.

Hacia el año 2013 en la Ciudad se creó la **Unidad de Proyectos Especiales** de la Cuenca, en el marco de la Causa Mendoza. Sus principales funciones eran las de **coordinar acciones, centralizar la información y elaborar proyectos** conforme a las políticas públicas que el Gobierno de la Ciudad diseñaba para dar cumplimiento al PISA. En este sentido, tenía la misión de fortalecer el vínculo con el Estado Nacional y la Provincia de Buenos Aires y asistía a las diversas áreas del Gobierno de la Ciudad en las

presentaciones que debían hacer ante la ACUMAR, la Legislatura de la Ciudad, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

Es importante mencionar que en 2014 el DSA y la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud consensuaron la incorporación de **códigos específicos** para el registro de **motivos de consultas relacionadas con factores ambientales**, para facilitar el análisis de la demanda de asistencia, mediante el Sistema de Información de los Centros de Salud (SICeSAC). Estos problemas excedían el listado de eventos de notificación obligatoria que contemplaba el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud.

La CSA también promovió la realización de mediciones de suelo, en particular en sectores de referencia de diferentes CeSAC de la CMR. Para el Barrio Ramón Carrillo, ex CeSAC 24, en el año 2009 la Agencia de Protección Ambiental de la Ciudad (APRA) concretó un Estudio Ambiental donde se tomaron muestras de suelo y agua subterránea. Los valores de plomo y mercurio se encontraron por debajo de los criterios de referencia adoptados para uso residencial del suelo. El resultado más crítico correspondió a la presencia de cobre. En las muestras de agua subterránea, no se detectaron ninguno de los compuestos investigados. En el 2010 la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la UBA realizó mediciones ambientales en suelo en el Barrio San Blas de Villa 21-24, ex CeSAC 35. Los resultados de la contaminación, presentados en el Atlas de la basura, indicaron la presencia de plomo, zinc y cobre en valores críticos, es decir por encima de los umbrales establecidos por la Ley Nacional de Residuos Peligrosos. Si bien esta información no fue directamente correlacionada con los relevamientos hechos por ACUMAR, por la EISAR del 2012 sabemos que en la Villa 21-24 se halló que el 25% de niños y niñas estudiados tenían plumbemia en valores superiores a los de referencia.

Las relocalizaciones

En 2009, en cumplimiento del Fallo Mendoza, el juez federal de Quilmes ordenó a la ACUMAR que, en relación a las cuestiones habitacionales específicamente, se planificaran medidas para evitar nuevos asentamientos y avanzar en la urbanización de los existentes, priorizando aquellos que se encontraban sobre el camino de sirga.

Las respuestas frente a la situación de precariedad habitacional implicaban no solo la mejora de las viviendas sino también la provisión de servicios esenciales y las obras que garantizaran el acceso público al camino ribereño. Para ello, era necesaria la

relocalización de los habitantes de aquellas villas y asentamientos instalados sobre el camino de sirga.

En principio, las relocalizaciones en la Ciudad afectaban a cinco villas y asentamientos en CABA: Villa 21-24, asentamiento Luján, asentamiento El Pueblito, asentamiento Magaldi y Villa 26. Los traslados estuvieron a cargo del Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC) y se desarrollaron en etapas distintas hasta 2015. En las mismas se fue avanzando en la incorporación de mejoras que contemplaban abordajes integrales, y que, además de censos, obtención de terrenos, construcción de viviendas, incorporaron talleres con las familias, escrituración, capacitación y elección de consorcios, entre otros. En las primeras relocalizaciones las familias se encontraron frente a falta de vacantes escolares y sin conocer los centros de salud y hospitales cercanos (Departamento de Salud Ambiental, 2018). Al respecto, una entrevistada, ex-integrante de un organismo de salud de la CABA, suma información sobre las dificultades detectadas: *“No se tuvieron en cuenta una multiplicidad de variables que intervienen en la relocalización forzada de familias y poblaciones, la inserción en lugares donde ya había otras poblaciones y ahí, tomándolo desde salud, el tema de la violencia fue algo que nosotros visibilizamos permanentemente”*.

En las etapas siguientes el sistema de salud estuvo más involucrado, se pudieron anticipar cuestiones como la oferta de servicios y la preparación de los equipos locales que recibirían a las familias. Asimismo, se realizaron operativos de salud en los nuevos sitios donde se acercó información del sistema de salud. Estos avances en los procesos de relocalización muestran los tiempos de maduración que implican las intervenciones desde las unidades del Estado.

En este marco, el Departamento diseñó e incorporó como herramienta de trabajo focalizado, la Encuesta de Autopercepción de Salud y Utilización del Sistema (EASUS). Se trató de una encuesta dirigida a población relocalizada en el marco de la Causa Mendoza. Fue implementada a partir de transcurridos 12 meses de la instalación en la nueva vivienda. El objetivo del relevamiento era conocer cómo se desarrolló la inserción en el nuevo barrio, cómo se resolvían las necesidades de salud y cuáles eran las principales dificultades que se habían enfrentado, en particular en el sistema de salud. El análisis de la información facilitaba la derivación oportuna y protegida de aquellos casos o familias que presentaban situaciones críticas o de mayor vulnerabilidad (DSA, 2018) y era una oportunidad para actualizar el seguimiento de los niños y niñas que habían sido

derivados por la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) de 2012 y 2013 por ACUMAR.

Es importante señalar que el proceso de relocalización genera un estrés multidimensional que afecta distintos aspectos de las personas y de su vida cotidiana y que, sumado a la ruptura de redes sociales, provoca pérdida de estrategias adaptativas (Barabas y Bartolomé, 1992. Bartolomé, 1985, citados por Departamento de Salud Ambiental, op.cit.). Por eso las relocalizaciones son consideradas como fenómenos relevantes al momento de analizar y abordar cuestiones de salud integral, incluyendo una mirada ambiental. El DSA se sumó a los procesos de relocalización integrando las mesas de trabajo intersectoriales, interministeriales e interinstitucionales de base comunitaria, con el propósito de colaborar en la mejora de la planificación y ejecución de las acciones que afectaban a las familias.

Hacia fines de 2015 se había administrado la EASUS y generado información sobre la situación de las familias que vivían en Complejo San Francisco, Lacarra y Cruz, Piletones, Platea 3 del Complejo Mugica y Complejo Luzuriaga a 330 familias entre los años 2012 y 2014, luego de un año de relocalizadas. En diciembre de 2015 se relocalizarían 48 familias más, a las que se les administró una Pre-EASUS, es decir un cuestionario previo a la reubicación, con los mismos objetivos que la original.

Aun cuando “las condiciones en las que residen miles de familias a la vera del Riachuelo no constituyeron el tema central o el motor de este litigio estructural”, ya que “el caso se tramitó como de afectación al derecho a la salud y al derecho al ambiente sano” (Chelillo et al., 2014, p.25) es claro que el derecho a la vivienda no se considera como derecho aislado, sino que tiene interrelación con derechos a la salud, al agua segura, al trabajo, al entorno sano y se corresponde con los principios de la **justicia ambiental**.

En el territorio: Unidades Sanitarias Ambientales

En el marco de los lineamientos del PISA, hacia 2014 se emplaza en la comuna 4 de la Ciudad de Buenos Aires, la Unidad Sanitaria Ambiental (USAM), dependiente de ACUMAR. Según el acuerdo firmado entre el GCBA y la ACUMAR en 2011, la Ciudad cedió un espacio físico para que la Secretaría de Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación construyera la unidad sanitaria.

Como antecedente en la Ciudad, se puede considerar la Unidad de Salud Ambiental que se diseñó desde el DSA y estaba ubicada en el CeSAC 44, de Villa Lugano, dentro del área programática del Hospital General de Agudos P. Piñero. En el año 2010 se designó el equipo de profesionales que integrarían la unidad, quienes participaron de encuentros de capacitación para definir el modelo de gestión, las misiones y funciones y la integración en el PISA. También se avanzó en la reestructuración del espacio físico y el equipamiento para el trabajo. A pesar de haber sostenido un periodo de intensas gestiones para concretar la unidad, la misma nunca fue institucionalizada dentro del Ministerio de Salud, por lo cual no logró sustentarse la propuesta, hasta que sucedió por el acuerdo con ACUMAR.

La USAM de la Ciudad fue una de las 15 planificadas para los distritos de la Cuenca y contaba en sus inicios con **observatorios** que constituían un centro de Vigilancia Integrada de Salud Ambiental, cuya gestión y dependencia estuvo a cargo de la Dirección General de Salud Ambiental (**DGSA**) de ACUMAR. En sus propósitos se incluía llevar adelante la implementación de salas de situación de salud locales y el seguimiento de las personas derivadas por las EISAR y por los servicios de salud. En su página web ACUMAR⁴⁹ afirma que se dotaba a cada unidad de una mayor capacidad resolutive en el diagnóstico y tratamiento de las patologías vinculadas a la problemática ambiental.

En ese marco las USAM constituyen un espacio físico dividido en dos ámbitos. El primero incluía los observatorios de vigilancia epidemiológica, nutricional, de desarrollo psicomotor y toxicológico, así como un Nodo de Vigilancia Epidemiológica. En el segundo ámbito, el asistencial, desarrollaban sus tareas trabajadores de la gestión de salud local, además de un/a toxicólogo/a dependiente de ACUMAR.

Las USAM tuvieron como misión convertirse en el ámbito de referencia y de generación de información para definir prioridades de intervención en los PSEA de las jurisdicciones de la CMR, fortaleciendo las capacidades de análisis, en este caso, de la Ciudad. Una entrevistada, ex trabajadora de la Unidad, lo cuenta como: *“una propuesta de sedes fijas como las sedes de ACUMAR en lo local, con el funcionamiento de observatorio que era la producción y el manejo de información a nivel local para la toma de decisiones a nivel general. Era estar bien cerca de donde se produce esta información para poder procesarla. Era una especie de manejo local pero nunca estuvo muy claro”*.

⁴⁹ <http://old.acumar.gob.ar/pagina/2796/las-usam>

La propuesta fue elaborada, según ACUMAR, mediante un diseño participativo coordinado por un equipo técnico especializado en salud ambiental, organización, planificación y servicios de salud. En las USAM comenzó la utilización del modelo de Historia Clínica Toxicológica, Nutricional, de Desarrollo Infantil y Pediátrica prevista en el Plan Sanitario de Emergencia. Sus funciones cambiaron con algunas de las modificaciones de las estructuras de ACUMAR, aunque su organización fue más estable. Así, los observatorios disminuyeron sus tareas como generadores de información y pasaron a tener un rol más activo en la implementación de operativos territoriales y seguimiento de la población. Una entrevistada, ex trabajadora de la Unidad expresa que debían: “*Trabajar con los centros de salud de nuestra áreas para ver cómo podíamos encontrar a la gente que había sido evaluada en el 2012-2013, tomar contacto para tratar de darle seguimiento, darle los resultados, etc.*”. Por otra parte, los profesionales de las distintas disciplinas pasaban a hacer asistencia desde la USAM, con las dificultades que implicaba no pertenecer a los efectores de salud locales. Este cambio fue acompañado por la incorporación de grupos de promotores de salud, que habían trabajado en relevamientos como la EISAR.

En la CABA la USAM se completa con las nuevas instalaciones del CeSAC 16, que fue trasladado allí proveniente de un edificio en graves condiciones de deterioro. El proceso de articulación de ambos espacios conllevó tensiones y acuerdos sobre tareas y recursos disponibles. El Ministerio de Salud de la Ciudad contaba con un área –el DSA– que acompañaba las intervenciones en el territorio a través de los efectores, pero aún así la articulación de la USAM con el sistema de salud se hacía compleja y dificultosa. La ex integrante de USAM entrevistada lo refleja: “*El principal tema fue que CABA es una ciudad muy grande y funcionalmente hablando ya está toda estructurada y nosotros caíamos como paracaidistas. Como equipo no teníamos ningún tipo de respaldo, de apoyatura que nos abriese alguna puerta*”.

Para el Cuerpo Colegiado, en su Informe de 2015, resultaba estéril evaluar la contribución de las USAM al cumplimiento de los objetivos del fallo. Esa consideración se debía a una definición que no estaba clara, según el mismo, acerca de cuál era el refuerzo que las USAM aportarían a la estructura sanitaria existente.

Unidades Sanitarias Móviles

Como otro dispositivo para el desarrollo del Programa Sanitario de Emergencia, la DGSA implementó las Unidades Sanitarias Móviles, que consistían en trailers equipados para prestar servicios de Atención Primaria de la Salud, Evaluación del crecimiento y desarrollo, Odontología, Diagnóstico por Imágenes, Oftalmología y Zoonosis. Según el Informe mensual de actividades y operativos “Estar ahí”⁵⁰, de agosto de 2015, la DGSA organizaba operativos sanitarios a través de las USM, articulados con los servicios de salud, instituciones y organizaciones locales, áreas de ACUMAR y del Estado Nacional.

“El apoyo de las Unidades Sanitarias Móviles a los servicios de salud locales implica la prestación pública de un servicio de gran necesidad y que muchas veces resulta de difícil acceso” (Fundación Soberanía Sanitaria, 2017, p. 2-3). Esta afirmación es sostenida asimismo por una de las entrevistadas, integrante del grupo de vecinos demandantes, quien considera que *“hubo un momento en que la situación de salud se cubría muchísimo sobre todo con los trailers que se traían. Hay algo que es claro y que el juez Torres se lo ha dicho a ACUMAR: hay muchísimos efectores en la cuenca, porque hay hospitales, centros de salud, unidades sanitarias, etc., pero si vos a eso le sumás la contaminación y que son en general zonas de mucha vulnerabilidad, no alcanzan”*.

Además de la estrategia de APS, se sumaban como ejes del trabajo el Apoyo de Actividades Integrales de ACUMAR y el Apoyo en Situaciones de Emergencias. Estas tareas se completaban con actividades de promoción de la salud, tales como juegotecas y talleres durante la espera de la atención, el relevamiento de los barrios por parte de los promotores, entre otros. Desde la mirada de una protagonista, integrante del grupo de demandantes entrevistada, la tarea de las unidades móviles era altamente valorada: *“ACUMAR hizo bastante prevención porque en cada centro había entre 18 y 20 promotores de salud trabajando, entrenados y capacitados por ellos mismos, los chicos daban muchas charlas en sala de espera pero además estaban pateando todo el tiempo para observar, para ver que había, si no tenían accesos, si no llegaban por algún motivo... La realidad es que el trailer sirve... fue una etapa, la de la pesada herencia, que para mí fue maravillosa, porque vos entrabas a un trailer y te ibas con los anteojos puestos. Y la verdad es que las piezas dentales y los anteojos es algo a lo que la gente no accede”*.

⁵⁰ <http://old.acumar.gob.ar/content/documents/9/5069.pdf>

Estas prácticas del actor ACUMAR en el territorio generaban conflictos en el ámbito de la Ciudad, ya que en ocasiones era dificultosa la implementación, la convocatoria a los pobladores, la comunicación con los efectores locales, y no había un acuerdo en que el ente interjurisdiccional asumiera tareas de respuesta a las situaciones de salud-enfermedad-atención de los habitantes de la Ciudad. Esas tareas eran parte de las funciones de los CeSAC y hospitales de la región, por lo que podría pensarse si no hubieran necesitado refuncionalización y aumento en la conformación de equipos y las prestaciones, en lugar de superponer o suplir acciones. Una entrevistada, referente de un organismo estatal de la Ciudad, afirma: *“había móviles de ginecología, de oftalmología, de odontología, de veterinaria. Distintos móviles que se superponían con los efectores de salud en la Ciudad de Buenos Aires, donde ni siquiera había una buena referencia hacia los efectores de salud que estaban, estuvieron y seguirán estando en la Ciudad y son quienes tienen poblaciones a cargo”*.

Hacia el final de período

Llegando hacia el final del período estudiado, el proceso sigue en un curso similar al de años anteriores. *“La verdad es que la contaminación ha ido creciendo, la falta de controles es permanente, no se han cerrado empresas, son menos de la mitad las que se reconvirtieron, no existió presión para que eso sucediera. Acá el tema es que para que cese la contaminación hay que tocar intereses y nadie quiere hacerlo”*, afirma una entrevistada demandante en la Causa. Y desde la mirada de la gestión *“Creo que se hizo mucho de manera no coordinada, no articulada y sobre todo sin poder evaluar el impacto de esas acciones”*, opina una ex integrante de un organismo estatal de la Ciudad.

Mendoza (op. cit.) aporta una mirada diferente para los meses anteriores al cambio de gestión política, cuando afirma que *“es válido reconocer que durante 2015 han soplado nuevos vientos, con una ideología compatible con la restitución y afianzamiento de derechos de los sectores menos favorecidos de la Cuenca”* (p. 198), vientos que se vieron reflejados en la intensificación de los operativos sanitarios desarrollados en terreno, fundamentalmente a través de las USM.

Es interesante señalar además algunos puntos que destacaban otros actores en ese momento. La AGN, en un Informe para la CSJN de 2015, reconocía el trabajo de ACUMAR al haber realizado varios relevamientos y adoptado un sistema de indicadores para registrar los avances en la Causa Mendoza, pero a la vez hacía hincapié, como ya lo había hecho en años anteriores, en que esos indicadores mostraban procesos y no los

resultados alcanzados. Parte de la dificultad para informar sobre productos era atribuida por la AGN a la falta de información de base que contemplara toda la población, lo cual fue una política reclamada desde inicios de la Causa.

El Cuerpo Colegiado en su Informe de 2015 señalaba con énfasis el contraste entre las mandas de los juzgados de ejecución, los reportes producidos por las autoridades administrativas y las observaciones formuladas por el propio Cuerpo. Subrayaba particularmente los desacuerdos acerca de los resultados que debían acreditarse y los criterios de priorización para las intervenciones. También consideraba de importancia que no se hubiera actuado de manera acordada en salud y vivienda a partir de criterios de riesgo con información de las áreas de calidad ambiental, industrias, gestión de residuos, infraestructura, etc.

Para el **CC ACUMAR** contaba con un cúmulo de información sobre las amenazas ambientales para elaborar un mapa de riesgo que permitiera ajustar la política y la gestión local. Pero consideraba que no hacía un monitoreo de las patologías producidas por contaminación ni se minimizaba la exposición, y tampoco se capacitaba específicamente a los trabajadores de salud para atender los casos detectados. Retomaba el cuidado de la salud como preocupación central en la Causa, que motivaba la urgencia en las acciones. También es interesante señalar que si bien el CC reconoce la importancia de los diagnósticos, las unidades móviles y las USAM locales, el énfasis puesto en las condiciones de vida vinculadas a la pobreza cuando se hacen operativos en territorio -por ejemplo con la ENUDPAT-, le quitaba relevancia a los problemas derivados de la contaminación. En el mismo sentido, manifestaba una crítica hacia las acciones de Atención Primaria de Salud implementadas en lo local.

Como política superadora planteaba el incremento de las capacidades de los efectores de salud para detectar los componentes ambientales de las patologías, identificar sus orígenes y articular intervenciones de gestión ambiental para proteger la salud de la población. Del mismo modo, señalaba lo que considera fallas en la vigilancia epidemiológica, que debería ser insumo para la gestión de otras áreas.

También criticó las “Recomendaciones” -de crecimiento y desarrollo infantil, nutrición, disminución de exposición al plomo- que elaboró ACUMAR, ya que las consideraba sugerencias generales de higiene y hábitos, alejadas de la temática ambiental, advirtiendo que los problemas de salud no se deben a prácticas individuales sino a fallas más profundas en las cuales el estado debía intervenir.

Sin embargo, desde el enfoque de los determinantes sociales de salud, se considera necesario contemplar distintos niveles de políticas públicas para actuar. Moiso (op. cit.), siguiendo a Dahlgren y Whitehead, resume cuatro niveles interrelacionados en este sentido: fortalecimiento de los individuos y de las comunidades, mejoramiento del acceso a los servicios esenciales y estímulo para el cambio macroeconómico y cultural.

El primer nivel apunta a apoyar a los individuos que viven en circunstancias desfavorables, brindando herramientas como construcción de conocimiento, motivación, desarrollo de habilidades personales para cubrirse mejor de las tensiones frente al riesgo de salud externo. En este nivel podemos incluir las medidas y recomendaciones criticadas. El segundo nivel, de fortalecimiento de las comunidades, propone el apoyo mutuo y la defensa de la comunidad contra los riesgos de enfermar, reconociendo la fuerza intrínseca de las familias, las organizaciones y las comunidades para actuar, más allá de las capacidades de los individuos aislados. Este nivel ha ido creciendo a lo largo del proceso CMR y se refleja en las propuestas de pobladores de distintos barrios, en la participación en dispositivos grupales de promoción de la salud de las USM, en la inserción local de organizaciones como ACIJ, entre otras.

El tercer nivel apunta a mejorar las condiciones físicas y psicosociales en que las personas viven y trabajan, asegurando el acceso al agua segura, saneamiento, vivienda, trabajo adecuado, seguridad alimentaria, accesibilidad a atención de salud, entre otros. Son responsabilidad de unidades diferentes dentro del Estado, potencialmente capaces de trabajar en forma integrada. En este nivel se inscriben iniciativas como las mesas comunitarias e intersectoriales para relocalizaciones, para la gestión de residuos y limpieza en los barrios, etc. Aunque insuficientes, estas políticas en sus distintos niveles son necesarias para abordar la situación de la CMR.

El cuarto nivel de la política apunta a alentar los cambios macroeconómicos o culturales para reducir la pobreza y los efectos de la desigualdad social, incluyendo entre otras cuestiones, el control del riesgo medioambiental a escala nacional e internacional. Este nivel se presenta como el más deficitario frente a las complejas problemáticas de la CMR.

Tomando en cuenta este último nivel, se abre nuevamente la pregunta, que formula un entrevistado, funcionario de un municipio de la CMR: *Si estamos hablando de Salud Ambiental, ¿es la Cuenca una variable explicativa o hay otras variables? Uno dice la pobreza, la contaminación. Pero, ¿en las otras cuencas no hay eso mismo?... El mercado de suelo que es el que estructura el modo de ubicación de sectores populares del área metropolitana, se estructura a*

nivel de metrópolis atravesada por las “cuencas” en plural, no en singular... el fenómeno metropolitano como factor explicativo de estructuración del territorio es mucho más fuerte que el factor cuenca dentro del territorio”.

CONCLUSIONES

Esta investigación puso el foco en el análisis de las políticas públicas de salud y los actores involucrados en las prácticas que las antecedieron y las concretaron. A lo largo de más de 10 años, las jurisdicciones involucradas en la CMR implementaron distintas acciones de salud en el marco del Programa Sanitario de Emergencia, con criterios y resultados disímiles, en general con información insuficiente y con escasas muestras de mejoras en las situaciones de salud-enfermedad de la población.

Al respecto aparecieron, en diferentes momentos y por parte de distintos actores, dos enfoques posibles sobre la cuenca. Por un lado, una interpretación acerca de la problemática centrada en las condiciones de pobreza estructural en que viven las poblaciones, que es común a otras cuencas urbanas y que determina el deterioro en la calidad de vida. En el caso de CMR se partiría de la ocupación de tierras de escaso valor por ser inundables y carecer de servicios, al alcance de los pobladores más pobres. Otro enfoque apunta al problema de la contaminación ambiental, que afecta la salud de las poblaciones más allá de su situación socioeconómica. Estos dos enfoques estaban presentes en el abordaje de la problemática y fueron parte de las políticas que se registraron.

En el recorrido hecho por el enorme volumen de documentos relacionados entre 2004 y 2015 y los antecedentes de 2002 y 2003, se encontró una serie de hitos que pueden señalarse como los principales motores de visibilización de las problemáticas. De los mismos se desprende que algunas conclusiones son comunes a la mayoría de las áreas involucradas en el abordaje de la CMR y no solo a salud, ya que derivan de una manera de leer las problemáticas, de pensar el Estado y de intervenir sobre los efectos y no sobre las causas del deterioro ambiental.

Las resoluciones de la DPN y la DPC y los informes de 2003 y 2005, que recogieron las movilizaciones de actores de la sociedad civil reunidos en organizaciones no gubernamentales, así como los reclamos de algunos pobladores, hicieron emerger la mirada ambiental y una preocupación por la salud de los habitantes de la CMR, en el marco de movimientos internacionales por el cuidado del entorno y el derecho a un ambiente sano, en la Constitución Nacional y la Ley General del Ambiente.

La demanda de los vecinos y trabajadores de Villa Inflamable, recibida por la Corte Suprema de Justicia en 2004, se constituyó en un primer paso para poner de relieve las dificultades concretas de salud de los pobladores de la Cuenca y permite identificarlos hoy como un actor en este campo de disputas de intereses.

Estas primeras intervenciones de visibilización de la situación en CMR determinaron el pasaje de una cuestión de contaminación y deterioro del ambiente a una problemática de salud pública y colectiva.

El Estado como mega actor sufrió una transformación al ver incorporadas en la agenda pública cuestiones vinculadas al ambiente degradado y al deterioro de un área de la región metropolitana, que al atravesar territorios de distintas pertenencias jurídico-políticas movilizó organismos nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires. Los movimientos en el interior del Estado se pueden atribuir a la implementación de la política pero también son en sí mismos un factor causal de nuevas políticas, tal como lo plantean Oszlak y O'Donnell (op. cit.). En la CMR se crearon “estructuras burocráticas especializadas” (p. 117), que sufrieron una evolución a partir de la experiencia, fueron remodelando sus intervenciones y modificando la política inicial. Lo que se reveló como parte del proceso fue un cambio de posición del propio Estado frente a la cuestión.

Dentro del Estado, los organismos se convirtieron en actores que maduraron respuestas alternadas a lo largo del período y fueron atravesadas por cuestiones de órdenes diversos a la Cuenca. Así, la DPN disminuyó su capacidad de intervención a lo largo de los años, al no haber sido nombrado un nuevo Defensor por parte del Congreso Nacional. La Defensoría del Pueblo de la Ciudad por otra parte, institución con injerencia en la problemática, nunca fue aceptada por la Corte Suprema como parte en el Cuerpo Colegiado.

La Corte, por su parte, se constituyó en un actor organizador a partir del reconocimiento de su competencia en materia ambiental colectiva en 2006. De esa manera marcó un punto de anclaje que movilizó el resto de los poderes del Estado y a su vez fue movilizadora por ellos, incorporando las problemáticas de la CMR en la agenda pública y traccionando a las políticas estatales hacia la acción. Se trata de un caso emblemático del tipo de situaciones que definieron Oszlak y O'Donnell (op. cit.), en las que la intervención del Estado en un proceso social altera la relación de fuerzas de los actores involucrados, incluyendo al propio Estado.

Las organizaciones que conformaron el Cuerpo Colegiado por mandato de la Corte, encargadas de la participación social en el control del cumplimiento del Fallo

Mendoza, fueron actores fundamentales para dar origen a la cuestión como asunto público, pero no respondían a las expectativas de los demandantes, por no ser en general asociaciones con trabajo territorial ni representantes reales de las poblaciones locales.

Por otra parte, en el surgimiento del caso de la CMR como una cuestión de salud, aparecía la presencia de contaminantes en el área como uno de los problemas priorizados por los actores. A medida que la cuestión evoluciona, las sustancias tóxicas salen del centro de la escena y los relevamientos en las personas se restringen a algunas específicas, cuya presencia es recurrente.

A nivel local, el actor relevante de la Ciudad en temáticas de salud ha sido el Departamento de Salud Ambiental. Desde sus comienzos, avanzó en la construcción de un marco referencial sobre las problemáticas de ambiente como determinante de salud. Su producción se plasmó en el diseño e implementación de instrumentos de relevamiento, que privilegiaron el territorio de la Cuenca. Asimismo, priorizó como uno de sus ejes de trabajo la capacitación a los equipos locales de salud, lo que permitió ir enriqueciendo su propia producción conceptual en base a las experiencias generadas en el territorio con los efectores. Esta decisión surgió a partir de la constatación de la insuficiencia de formación de los trabajadores y de las características de un sistema de salud orientado hacia la enfermedad, la atención desde lo individual y biomédico casi exclusivamente, con el hospital como centro de acción. Una premisa de trabajo del Departamento ha sido pasar del daño instalado a la prevención del daño y del abordaje individual al colectivo, acompañando los ejes de la Medicina Social Latinoamericana.

El histórico Fallo Mendoza de 2008 obliga a las jurisdicciones a la mejora de la calidad de vida de los habitantes de la Cuenca; la recomposición del ambiente en la cuenca en todos sus componentes -agua, aire y suelos- y la prevención de daños con suficiente y razonable grado de predicción. Las jurisdicciones plasman su respuesta a través de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo, en el Plan Integral de Saneamiento Ambiental, que cuenta con 14 componentes, uno de los cuales compete al sector salud y constituye el Programa Sanitario de Emergencia (PSE).

ACUMAR, configurada como actor con el propósito de coordinar acciones entre las jurisdicciones, ha visto atravesada su actuación por el esfuerzo de gobernabilidad y por responder a las mandas de la CSJN y sus jueces delegados. Su estructura sufrió variaciones en numerosas oportunidades, lo que significó modificaciones en las líneas de trabajo y en la constitución de los equipos responsables. Podemos hablar de “cristalizaciones institucionales”, según la definición de Oszlak y O'Donnell (op. cit.), a

partir de la creación de unidades estatales que quedan destinadas a la intervención en una cuestión pública, superponiéndose con otras instancias burocráticas especializadas en aspectos cercanos a ellas. Si bien la ACUMAR puede inscribirse como una de estas cristalizaciones, su institución como autoridad de cuenca ha sido novedosa en el país.

La complejidad para la implementación de políticas se vio intensificada por el hecho de que la Ciudad y la Nación pertenecieran a signos políticos opuestos durante gran parte del periodo estudiado. En este sentido sería interesante analizar cuál ha sido el devenir de las políticas en la problemática a partir del cambio de gestión del año 2015 en la Nación, que hizo que ambas jurisdicciones pertenecieran a la misma fuerza política.

Respecto a salud, no obstante los esfuerzos realizados, la respuesta ha sido discontinuada e insuficiente, a partir de la complejidad política e institucional. En respuesta a los pedidos de información sobre las condiciones de vida y el impacto del deterioro ambiental, el Programa Sanitario de Emergencia del PISA conllevó la realización de relevamientos durante el período, desarrollados junto con las jurisdicciones. Si bien la información obtenida resultó valiosa, el diseño y la administración de los instrumentos registraron algunas inconsistencias y las acciones derivadas de dicha información reflejaron falta de previsión en varios sentidos. En principio fue escasa la población que completó estudios o diagnósticos de salud una vez que algún parámetro resultaba alterado. Las citaciones fueron dificultosas y esto conllevó bajos índices de seguimiento, recaptación y tratamiento de las personas con daño en su salud. De este modo, la política pública implementada resultó al menos insuficiente, al haber desestimado entre las variables consideradas la accesibilidad de las familias a los estudios y tratamientos necesarios. Los relevamientos contemplaban en sus diseños la derivación a los efectores locales luego del diagnóstico, pero a la luz de los resultados la referencia no estuvo íntegramente planteada y el acompañamiento de las familias fue escaso o inexistente.

La Unidad Sanitaria Ambiental se implementó en la Ciudad en un acuerdo entre ACUMAR y el sector de salud local, lo que conllevó desajustes y dificultades para el desarrollo de sus funciones. En sus inicios estuvo organizada a partir del funcionamiento de observatorios de distintas temáticas, que no llegaron a consolidarse. Posteriormente las intervenciones fueron virando hacia el trabajo en territorio a través de operativos realizados junto con los equipos de la Unidad Sanitaria móvil, para la realización de relevamientos, el seguimiento y la recaptación de pacientes. Sus acciones se superponían

con las de los efectores de salud de la jurisdicción, lo que generó tensiones entre las unidades intervinientes.

Analizando las prácticas y las omisiones de parte de los actores en todo el período, puede inferirse que la participación social real, que estuvo prácticamente ausente, puede abrir perspectivas hacia manejos más transparentes y en sintonía con las necesidades de las comunidades locales. La planificación participativa en salud específicamente, debería integrarse desde el sistema público, formando parte de un movimiento social hacia la equidad, la satisfacción de derechos y la justicia ambiental con el Estado como garante.

A partir de este estudio, quedan abiertos diversos interrogantes acerca de las problemáticas. En principio, debería pensarse sobre el recorte del área de la Cuenca como válido para explicar los fenómenos de salud-enfermedad. El mismo permitiría indagar si no sería legítimo encarar el territorio atravesado por variables comunes a la región metropolitana, como unidad mayor. Por otra parte, debería analizarse si la Cuenca como tal tiene significación social para la población que la habita, en cuanto a reconocerse como una unidad de pertenencia territorial y cultural.

También se abre como pregunta si las intervenciones del Programa Sanitario de Emergencia en las comunidades locales realmente inciden en modificar la calidad de vida de los grupos o se corresponden con el diseño de dispositivos de pacificación, según Fassin (1999), para la población que padece la conculcación de sus derechos. Si se entiende que el Estado debe garantizar el derecho a la salud y al ambiente, las acciones deben estar orientadas a cambiar sustancialmente las condiciones de habitabilidad de la región y la calidad de vida, desde las propias necesidades de las comunidades. Es posible pensar las relocalizaciones, las unidades móviles, las capacitaciones, las audiencias o la cantidad de agentes estatales que han caminado los barrios y efectuado encuestas, cuestionarios, entrevistas, atención médica, por lo menos en parte, como dispositivos que no han generado cambios medulares en las condiciones de vida. Aún cuando no se puede afirmar que haya sido deliberado, la discontinuidad de recursos, los cambios de las estructuras y modalidades de trabajo en terreno y las demoras en la concreción de las acciones, hacen pensar los compromisos del Estado como “dispositivos de pacificación”, que contienen demandas y producen mejoras, pero no han resuelto la injusticia ambiental. El modelo de desarrollo territorial en el que se halla inmersa la Cuenca se ha puesto en cuestión por las demandas de algunos de los actores, evidenciando que no solo

están en juego los impactos ambientales, sino dimensiones económicas, sociales y culturales desatendidas.

Las políticas públicas y las prácticas de los actores han sido numerosas, hacia delante, solo la participación real de los protagonistas, la movilización social y la creatividad institucional podrán dar forma a políticas válidas, posibles y eficaces para las problemáticas de salud de la CMR.

BIBLIOGRAFIA

- ACUMAR (2014) Informe sociodemográfico y de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de CABA, Dirección General de Salud Ambiental. Disponible en <http://www.acumar.gov.ar/content/documents/1/4951.pdf> Última consulta 30/06/2018
- ACUMAR (2017) Los residuos sólidos urbanos en la Cuenca Matanza Riachuelo. Cuadernillo para docentes (2017). Disponible en: <http://old.acumar.gov.ar/content/documents/2/6762.pdf> Última consulta: 13/07/2018
- Aguilar, L. (2008) Marco para el Análisis de las Políticas Públicas. S/d. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxhbmFsaXNpc3BwdWd8Z3g6N2I1YzYxNzVjOGFhYzEzOQ> Última consulta: 18/07/2018
- Almeida-Filho N, Silva Paim J. (1999) La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales (Rosario), (75): 5-30
- Arcaya, M., Arcaya, A. y Subramanian, S. (2015) Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. Rev Panam Salud Publica 38 (4) Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf Última consulta: 18/07/2018
- Auyero, J. y Swistun, D. (2008) Inflamable: Estudio del sufrimiento ambiental. Buenos Aires: Paidós
- Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 31 (supl 1): S13-S27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf> Última consulta: 18/07/2018
- Buck, C. (1984) Después de Lalonde: hacia la generación de salud., Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud. 1984:10-6 Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8598.pdf> Última consulta: 18/07/2018
- Casas, J. (1999) Gobernabilidad, salud y reforma: Hacia el desarrollo humano y la salud con equidad en OPS. En Gobernabilidad y salud. Políticas públicas y participación social. Washington DC, OPS
- Chellillo, M.; López, M. J.; Royo, M. L.; Sagasti, I. y Territoriale, A. (2014) El qué: Las relocalizaciones en el marco de la causa Riachuelo y el derecho a la ciudad. Revista institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. N° 6. P. 23-40.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M., organizadoras (2009) Gestión de la política social: conceptos y herramientas. Buenos Aires, Prometeo Libros

Coria, S. (2012) Presentación de un caso Argentino de acceso a la Justicia Ambiental. Caso "Mendoza". Revista Iberoamericana de Derecho Ambiental y Recursos Naturales Nro. 5 Disponible en: <http://www.ijeditores.com.ar/articulos.php?idarticulo=62812&print=1> Última consulta: 20/07/2018

Cuenya, B. (2008) Entornos Urbanos y salud: comentario desde el campo de los estudios urbanos en Barten, f., Flores, W. y Hardoy, A. comp. (2008) La inequidad en la salud. Buenos Aires, IIED-América Latina Publicaciones

Cunill Grau, N. (2010) Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. Revista del CLAD Reforma y Democracia (46), 41-72. Disponible en: <http://animalcubawww.redalyc.org/articulo.oa?id=357533678002> Última consulta: 20/07/2018

Demonte, F. (2016) Un análisis de las políticas sociales alimentarias en la Argentina reciente (2001-2008). Población & Sociedad [en línea], Vol. 23 (1), 2016, pp. 5-43. Disponible en <http://www.poblacionysociedad.org.ar/archivos/23/P&S-V23-N1-Demonte.pdf> Última consulta 04/09/18

Departamento de Salud Ambiental (2018) Rol del sector salud en relocalizaciones de población, Cuenca Matanza Riachuelo. En Curso Virtual 2018 Herramientas y prácticas de Salud Ambiental. Tema 6. Campus Virtual de Salud Pública OPS-OMS. Disponible en <https://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=403§ion=6> Última consulta 04/09/18

Departamento de Salud Ambiental (2016) Salud en la Cuenca Matanza Riachuelo Hoy. En Curso Virtual Salud Ambiental. Marco conceptual. Tema 7. s/d

De Pietri, D., Carcagno, A., Crovara, E., Dietrich, P., Mayo, P. y Stella, M. (2011) Modelo espacial para el diseño de estrategias destinadas a la población bajo riesgo ambiental en la Cuenca Matanza Riachuelo. Comisión Salud Investiga, Becas Carrillo Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación

Fassin, D. (1999) La patetización del mundo: Ensayo de antropología política del sufrimiento. En M. Viveros y G. Garay (Eds.), *Cuerpos, diferencias y desigualdades* (pp. 31-41). Santafé de Bogotá: Utópica. Disponible en: <http://132.248.35.1/cultura/2003/ponencias-2/wpon4.html> Última consulta: 14/07/2018

Federovisky, S. (1988) Contaminación en el Río Matanza Riachuelo. Greenpeace, mimeo. Disponible en <http://abcdonline.com.ar/tea/info/M-/M-244.pdf> Última consulta 13/07/2018

Franco-Giraldo, A. y Álvarez Dardet, C. (2008) Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit vol.22 no.3 Barcelona may./jun. 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300015 Última consulta: 20/07/2018

Fundación Metropolitana (2004) Historia de la gestión de residuos sólidos en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Dossier Revista La Gran Ciudad, primavera 2004

Fundación Soberanía Sanitaria (2017) ACUMAR: Retroceder en el cuidado de la salud y el ambiente. El abandono de la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo. Informe FSS N° 8. Disponible en: <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/acumar-retroceder-en-el-cuidado-de-la-salud-y-el-ambiente/> Última consulta: 20/07/2018

Galeano, D. (2009) Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871), Revista SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):107-120, Enero - Abril

Granda, E. (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? En Revista Cubana de Salud Pública v.30 n.2 Ciudad de La Habana. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009 Última consulta 03/07/18

Greenpeace (2010) Riachuelo 200 años de contaminación. Disponible en <http://www.greenpeace.org/argentina/Global/argentina/report/2010/5/riachuelo-doscientos-contaminacion-informe.pdf> Última consulta 30/06/2018

Iriart C; Waitzkin H; Breilh J; Estrada A y Merhy E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 12 (2): 128-136.

Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. Disponible en <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/nouvelle-perspective-sante-canadiens.html> Última consulta: 13/07/18

Lanzetta, M. (2015) Cuencas hídricas y metrópolis. Un debate acerca de los ecosistemas como unidad de gestión ambiental. Revista Cartografías del Sur, año 0 , nro. 1, marzo. Disponible en <https://es.scribd.com/document/316830447/CARTOGRAFIAS-revista-UNDAV> Última consulta: 17/09/18

Leff, E. (2010) Saber ambiental: sustentabilidad, racionalidad, complejidad, poder. 6a edición, Barcelona, Siglo XXI Editores.

Lejarraga, H. (2014) Desarrollo psicomotor infantil en la Cuenca Matanza-Riachuelo: pesquisa de problemas inaparentes del desarrollo. Revista Argentina de Salud Pública 5(19): 17-24

Matus, C. (1987) Adiós, señor presidente. Planificación, antiplanificación y gobierno. Método Altadir. Caracas, Editorial Pomaire

Merlinsky, G. (2006) Vulnerabilidad social y riesgo ambiental: ¿Un plano invisible para las políticas públicas? Mundo urbano, publicación electrónica de la Universidad nacional de Quilmes. Disponible en: <http://www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2006/26-numero-28/189-1-vulnerabilidad-social-y-riesgo-ambiental-un-plano-invisible-para-las-politicas-publicas> Última consulta: 14/07/2018

Merlinsky, G. (2013) Política, derechos y justicia ambiental: el conflicto del Riachuelo. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Merlinsky, G. (2018) Justicia ambiental y políticas de reconocimiento en Buenos Aires. Revista Perfiles Latinoamericanos, 26(51) México DF, FLACSO. Pág 241-263 Disponible en

<http://perfilesla.flacso.edu.mx/index.php/perfilesla/article/viewFile/597/799> Última consulta: 12/09/2018

Merlinsky, G. (2018) Presentación oral en el marco del I Encuentro A 10 años de la sentencia en el caso Riachuelo. Perspectivas de su implementación. Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho (Universidad de Buenos Aires) y el Instituto de Justicia y Derechos Humanos (Universidad Nacional de Lanús). 23 de agosto, Facultad de Derecho (Universidad de Buenos Aires)

Michalewicz A, Pierri C y Ardila-Gómez S (201X) Del proceso SA/enf/atenc al proceso sa/enf/cuidado: elementos para su conceptualización. Fac de Psic UBA/secretaría de Investigaciones/Anuario de Investigaciones Volumen XXI. Pág 217-224

Miller, M. (2014) Delimitación de Áreas de Riesgo Ambiental para la Salud en la Cuenca Matanza Riachuelo, a partir de Técnicas de Análisis Espacial e Inteligencia Artificial. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Córdoba

Moiso, A. (2007) Determinantes de la salud. En Barragán, H. Fundamentos de Salud Pública. Cap 6. La Plata, Editorial de La Universidad Nacional de La Plata

Napoli, A. y Essain, J. (2008) Riachuelo: Habemus Sentencia. Revista de derecho ambiental : doctrina, jurisprudencia, legislación y práctica 16, oct/dic, 2008, p. 97-119. Disponible en: <http://181.168.124.69/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=9377> Última consulta: 20/07/2018

Observatorio de políticas públicas (2012) Estudio de caso de políticas públicas. Políticas ambientales. Cuenca Matanza Riachuelo. Buenos Aires, Secretaría de Gabinete y Gestión Pública, Cuerpo de Administradores Gubernamentales. Disponible en: http://www.coepsa.org/Temas%20politicos/12_OPP_2008_MEDIOAMBIENTE.pdf Última consulta: 14/07/18

Organización Mundial de la Salud (1998) Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra, OMS

Organización Mundial de la Salud (2006) Ambientes saludables y Prevención de Enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Disponible en: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdiseexecsumsp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008) Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/ Última consulta: 14/07/2018

Organización Mundial de la Salud (2016) Ambientes saludables y Prevención de Enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/15-03-2016-an-estimated-12-6-million-deaths-each-year-are-attributable-to-unhealthy-environments> Última consulta: 14/07/2018

Organización Panamericana de la Salud (2002) La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. OPS, Washington. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_lasAmericas_.pdf Última consulta: 14/07/2018

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1995) Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes, Revista de Estudios Sociales de la Ciencia* 2 (4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90711285004> Última consulta: 18/07/2018

Perelman, P. y Fernández Rey, L. (2014) Análisis sobre el proceso de relocalización de los pobladores de las villas ubicadas en el camino de sirga de la Cuenca Baja del Matanza Riachuelo. Buenos Aires, CONICET Digital Nro.22998. Disponible en http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/19190/CONICET_Digital_Nro.22998.pdf?sequence=1&isAllowed=y Última consulta 13/07/2018

Pérez de los Cobos Hernández, E. (2014) La Cuenca Matanza-Riachuelo, una deuda ambiental histórica. Disponible en <http://revistas.um.es/bioderecho/article/view/209401> Última consulta: 13/07/2018

Pisani, O., Olivetto, A., Monza, L., Preide, A., Vázquez, A. y Rovere, M. (2010) “Hábitat urbano y salud” Dossier en *Revista Posibles*. Buenos Aires, Editorial El Ágora. N° 6

Pizzorno, A. (2006) Fiebre amarilla en Buenos Aires disponible en <http://www.centrocultural.coop/la-ciudad-del-tango/fiebre-amarilla-en-buenos-aires.html> Última consulta 13/07/2018

PNUMA (2016) Medio ambiente sano, personas sanas. Informe temático. Nairobi, ONU. Disponible en: https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/17603/HEHP_executivesummary_ES.pdf?sequence=6&isAllowed=y Última consulta: 14/07/2018

Ramírez Brouchoud, M. (2007) El diseño de la agenda política y la construcción de alternativas de solución en la política de inmigración española. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas* (en línea) 7 (julio-diciembre) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100221524014> Última consulta: 18/07/2018

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la salud. Ministerio de Salud del GCBA. (2013) Guía de dispositivos de intervención en Educación para la salud: Reflexiones en torno a la práctica. Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/620/Guia%20de%20dispositivos%20de%20intervencion%20en%20EPS%20-%20RIEPS.pdf> Última consulta: 19/06/2018

Spadoni, E. (2013) El rol de la defensoría del pueblo en los conflictos ambientales: el caso de la Cuenca Matanza Riachuelo. *Ambiente & Sociedade*. São Paulo v. XVI, n. 2 p. 47-62 abr.-jun. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v16n2/04.pdf> Última consulta: 20/07/2018

Subirats, J. (2001) El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit* 2001; 15 (3): 259-264. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71557-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71557-9) Última consulta: 18/07/2018

Wacquant, L. (2001) Parias urbanos: Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio. Buenos Aires, Manantial. Disponible en: <http://www.eco.unlpam.edu.ar/objetos/materias/abogacia/1-ano/introduccion-a-la-sociologia/aportes-eoricos/unidad%204/Loic%20Wacquant.%20Parias%20Urbanas.pdf>

Última consulta: 14/07/2018

Weissel, M. y García, A. (2013) Identidad y Arqueología en la Cuenca Matanza Riachuelo. Disponible en http://www.academia.edu/6887668/Identidad_y_Arqueología_en_la_CuencaMatanza_Riachuelo Última consulta 13/07/18

ANEXO I

LISTADO DE DOCUMENTOS ANALIZADOS

	AÑO	ORGANIZACIÓN	DOCUMENTO
1	2002	Asociación Vecinos de La Boca	Presentación a DPN
2	2003	Defensoría del Pueblo de la Nación	Informe especial
3	2004	Vecinos y trabajadores de Villa Inflamable	Demanda a CSJN
4	2005	Defensoría del Pueblo de la Nación	Informe seguimiento
5	2006	Auditoría General de la Nación	Auditoría del Programa de Gestión Ambiental de CMR
6	2006	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Primera Sentencia en Causa Mendoza
7	2006	Ministerio de Salud de la Nación	Plan Integral de Saneamiento Ambiental - Resumen ejecutivo
8	2006	Programa de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Memoria 2005
9	2007	ACUMAR	Respuesta a requerimiento CSJN
10	2007	ACUMAR	Informe PISA ante requerimiento CSJN
11	2007	Coordinación de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe SA para población CMR
12	2007	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Fallo 2008 Causa Mendoza
13	2007	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Fallo por requerimiento ACUMAR
14	2007	Ministerio de Salud de la Nación	Programa de Salud para la Población de la Cuenca Matanza-Riachuelo Resolución 1472/07
15	2007	Universidad de Buenos Aires	Informe Pericial por Plan de Saneamiento de la CMR
16	2008	ACUMAR	Primera Encuesta de Factores de Riesgo Ambientales para la salud. Informe preliminar de datos
17	2008	Coordinación de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de Gestión 2007
18	2008	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Fallo Causa Mendoza . 8 de julio
19	2008	Ministerios de Salud de Nación, Provincia de Buenos Aires y CABA, de Ambiente y de Desarrollo Social de la Nación	Acta reunión Comisión de Trabajo Salud para la Población de la CMR.
20	2009	Coordinación de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de acciones Coordinación SA
21	2009	Cuerpo Colegiado - Causa Mendoza	Informe control cumplimiento de manda
22	2009	Cuerpo Colegiado - Causa Mendoza	Informe

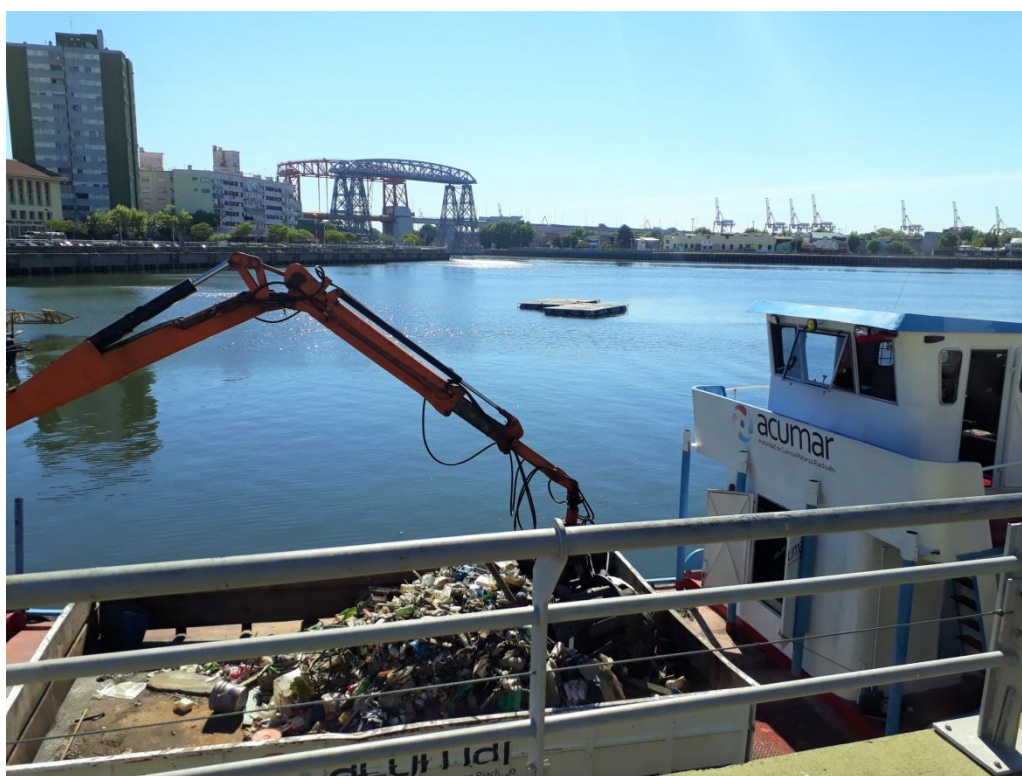
23	2009	Ministerio de salud de la Nación	Programas de Salud para la población de la CMR
24	2010	ACUMAR	Reglamento de Organización Interna
25	2010	ACUMAR	Plan Integral de Saneamiento Ambiental
26	2010	Auditoría General de la Nación	Informe especial por Fallo CMR
27	2010	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Resolución Pedido de informes
28	2010	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Fallo agosto a 2 años
29	2010	GREENPEACE	Informe 200 años MR
30	2010	Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires	Diagnóstico Especial N° 1-GDEN-SGCBA/10.
31	2011	ACUMAR	AVANCE Informe ejecución PSE
32	2011	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Resolución
33	2011	Departamento de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de Gestión 2010
34	2011	Grupo de trabajo 2009-2011. Ministerio de Salud de la Nación, secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable y OPS-OMS	INFORME Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Psicomotor y Análisis Toxicológico en el ámbito de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR). ENUDPAT-2010
35	2012	ACUMAR	EISAR V 21-24
36	2012	Asociación Vecinos de La Boca	La Corte ordenó sanear el Riachuelo
37	2012	Departamento de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de Gestión 2011
38	2013	ACUMAR	EISAR V 26 Asentamientos Luján y Magaldi
39	2013	ACUMAR	Geografía de SA en CMR 2008-2013
40	2013	Departamento de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de Gestión 2012
41	2014	ACUMAR	Geografía de SA en CMR 2008-2014
42	2014	ACUMAR	Informe Sociodemográfico y de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
43	2014	ACUMAR	Publicación de resultados del Sistema de indicadores 2014
44	2014	Corte Suprema de Justicia de la Nación - Juzgado de Morón	C.Ma-R 188/05 “ACUMAR S/ Plan Sanitario de Emergencia”
45	2014	Cuerpo Colegiado - Causa Mendoza	Informe de Seguimiento
46	2014	Departamento de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de Gestión 2013
47	2014	GCABA	Informe circunstanciado sobre mandatos del fallo
48	2015	ACUMAR	Informe mensual de actividades y operativos “Estar ahí”: Unidades Sanitarias Móviles 2015
49	2015	ACUMAR	Informe derivados de EISAR – USAM CABA

50	2015	ACUMAR	Informe de Gestión. Inclusión con equidad en salud 2015
51	2015	ACUMAR	Promoción del cuidado de la salud - abordaje territorial post EISAR 2013. Villa 26 - CABA
52	2015	Auditoría General de la Nación	Informe especial CMR
53	2015	Corte Suprema de Justicia de la Nación - Juzgado de Morón	C.Ma-R 188/05 "ACUMAR S/ Plan Sanitario de Emergencia"
54	2015	Cuerpo Colegiado - Causa Mendoza	Informe de Seguimiento
55	2015	Departamento de Salud Ambiental Ministerio de Salud - CABA	Informe de Gestión 2014
56	2016	Departamento de Salud Ambiental	Salud de la CMR hoy
57	2017	ACUMAR	Informe Frente al río UN Hábitat
58	2017	Asociaciones territoriales de CMR	Documento Jornada Desde el río
59	2018	Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires	¿Por qué el Riachuelo sigue contaminado? Similitudes y diferencias entre el saneamiento del río Támesis de Londres y el de la Cuenca Matanza-Riachuelo

ANEXO II

Fotografías tomadas por la autora del estudio y el equipo de DSA, en recorrida organizada por ACUMAR. 31 de enero de 2018





ANEXO III

Pautas de entrevista a referente de ONG integrante del Cuerpo Colegiado en la Causa Mendoza

¿Cómo se conecta la Fundación con la situación Matanza Riachuelo?

¿Ustedes participaron del informe del 2003 de la Defensoría?

¿Cuál fue el aporte de la Fundación en los informes de la DPN?

¿Con qué universidades trabajaron en el informe de la Defensoría?

¿Cuáles fueron los actores involucrados en el inicio de la Causa Mendoza?

¿Por qué razón Uds. llevaron el caso al CELS?

¿En qué punto se produce la introducción del tema salud?

Desde el punto de vista de la Fundación ¿qué se le pediría a la Causa a partir de los avanzado?

La participación de la Defensoría en el CC ¿se cerró con el cambio de gestión?

Hoy por hoy ¿el vínculo con las otras ONGs y el cuerpo colegiado sigue en pie?

¿Y cómo es el vínculo con los vecinos?

¿Sabés dónde se puede encontrar la demanda inicial de los vecinos?

Pautas de entrevista a ex coordinadora de un organismo de salud ambiental de la CABA

¿Cómo te relacionaste vos con el tema de la Cuenca Matanza Riachuelo? ¿Cuándo tuviste el primer contacto con ese tema?

¿Cómo se originó la demanda de los vecinos? ¿Cómo fue el proceso de inicio de la cuestión?

¿Cómo empezó a trabajar la Ciudad en CMR?

Desde el lugar de Salud Ambiental de la Ciudad, ¿Cuáles son los actores que se veían interviniendo en el tema de la Cuenca? ¿Otros actores que ubiques por fuera del Estado?

En algunos documentos aparece el reclamo, de hecho el Cuerpo Colegiado todavía aún hoy reclama el tema de Mapa de Riesgo y el tema Estudio Epidemiológico, ¿qué es lo que se hizo y qué es lo que no se hizo y por qué?

¿Hasta qué año seguiste el tema en la gestión?

¿Cuáles eran los principales componentes o lineamientos del programa de salud que armaron?

¿Sabes por qué no se hizo evaluación de impacto ambiental en la población?

Antes del cambio de gestión ¿hubo evaluaciones de lo que se estaba haciendo?

¿Cuál fue el motor o el motivo para que la Corte accediera a este tema? ¿Qué fue lo que causó que la Corte lo tomara?

Para terminar, si vos como experta tuvieses que pensar o diseñar tres líneas políticas, tres políticas públicas para la Cuenca, ¿en qué pondrías el énfasis, qué sugerirías? Pensalo en la Ciudad específicamente, también.

Pautas de entrevista a trabajadora de salud de Villa Inflamable e integrante del grupo de demandantes en la Causa Mendoza

¿Cómo fue que se viabilizó la demanda a la Corte Suprema?

¿La unidad de salud está dentro de Inflamable y depende de Avellaneda? ¿Por qué los mandan al Fernández?

¿Estaba asociado a algo laboral o era exclusivamente ambiental?

¿Vos viste los cambios a partir del 2008? ¿A partir de la Corte?

Hace poco hicieron un encuentro “Desde el río” ¿dónde se juntaron? ¿Con quiénes se hizo? ¿En el documento hay parte del cuerpo colegiado?

¿A Ustedes no los invitaron al encuentro “Frente al río” de ACUMAR y UN Hábitat?

¿Vos ubicas quién diseñó las EISAR? ¿Cuáles fueron los criterios? ¿Viene desde los inicios de la causa?

¿Hubo reuniones de intercambio para consensuar sobre la aplicación de los relevamientos y las distintas pruebas en el territorio?

¿En salud ubicás algún otro actor que fuese relevante?

¿Vos participas en todas las audiencias de seguimiento del Fallo?

¿Cómo se conformó el Cuerpo Colegiado son siete ¿a quiénes te referís? ¿ACIJ está dentro del cuerpo colegiado?

¿Ustedes propondrían ampliar el Cuerpo Colegiado o cambiarlo?

Pautas de entrevista a funcionario de un municipio del área de la CMR

¿Cómo te relacionas con el tema de Cuenca Matanza Riachuelo?

¿A partir de qué situación tu intervención fue dirigida al Riachuelo?

¿En qué época fue aproximadamente?

¿Por qué te parece que el recorte de abordaje de las problemáticas se hace como CMR?

¿Cuál es tu hipótesis?

¿Cuál es tu mirada sobre la acción de la Corte?

¿Y sobre la intervención de los otros actores? ¿Las ONGs y el cuerpo colegiado?

En los informes 2003 y 2005 de la DPN aparece Villa Inflamable por lo que he visto, pero es bastante más amplio, dentro de la cuenca.

¿Cómo es la presencia de la población en todo este proceso?

Pautas de entrevista a ex integrante de USAM y trabajadora de ACUMAR

¿Cómo te relacionas inicialmente con el tema de Cuenca Matanza Riachuelo?

¿Cómo fue tu inserción en ACUMAR?

¿Qué son o qué fueron los observatorios?

Comentaste que la USAM era complicada en CABA ¿Cuáles eran los elementos que la complicaban?

En la Ciudad hubo data entries que trabajaban en nodos en hospitales ¿ellos producían información que tenían que reportarte a vos?

¿Cómo era el circuito? ¿Los data entries tomaban la información de epidemiología de cada uno de los hospitales?

En 2014 y 2015, cómo fue el momento de cambio en que los observatorios disminuyen sus tareas y las USAM pasaron a tener, una función más específica en territorio?

¿Cuáles eran las bases de datos para los relevamientos? ¿Para las EISARS?

¿Vos tenías contacto con los Hospitales de la CMR: Argerich, Penna, Santojanni?

¿De dónde venía la gente que te atendían en la USAM?

¿Ustedes tuvieron algún tipo de contacto con el tema de las relocalizaciones?

Respecto de los otros relevamientos, vos hiciste una indagación. ¿Qué conclusiones sacaste? ¿Se publicó tu trabajo?